插图精美 通俗易懂

健康有助

AIZHENG ZAOZHIDAO
9 ZHONG AIZHENG DE ZAOQI ZHENGZHAO

提高全民的健康素质

癌症早知道

有病早诊早治

9种癌症的早期征兆

编著 王建璋

肺癌 肝癌 胃癌 食管癌 大肠癌
乳腺癌 子宫颈癌 鼻咽癌 前列腺癌

谁动了我们的健康

您必须了解的自我检查方式

为了远离癌症 请放弃您的不良生活习惯

人民军医出版社
PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

∵ 揭开肿瘤与癌症的神秘面纱
∵ 死亡人数最多的肺癌
∵ 肝癌不可忽视
∵ 吃出来的恶性肿瘤——胃癌
∵ 不良饮食习惯易发食管癌
∵ 运输不通畅，排泄出问题——谨防大肠癌
∵ 女性肿瘤第一杀手——乳腺癌
∵ 女性肿瘤第二杀手——子宫颈癌
∵ 鼻咽癌
∵ 老年男性需防前列腺癌
∵ 得了癌症不可怕选好方法最重要
——不同治疗方法的选择
∵ 防患未然早下手——防癌要点
∵ 癌症的康复原则

策划编辑 郭 威
封面设计 bp柏干工作室
特约策划 吕培俭
插图绘制 孙乐利

ISBN 978-7-5091-4324-7

销售分类：大众科普

定价：26.00元

插图精美 通俗易懂

健康有助

AIZHENG ZAOZHIDAO
9 ZHONG AIZHENG DE ZAOQI ZHENGZHAO

提高全民的健康素质

癌症早知道

有病早诊早治

9种癌症的早期征兆

编著 王建璋

人民军医出版社
PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS
北京

图书在版编目(CIP) 数据

癌症早知道——9种癌症的早期征兆 / 王建璋编著. -北京：人民军医出版社，2011.5

ISBN 978-7-5091-4324-7

Ⅰ. ①癌… Ⅱ. ①王… Ⅲ. ①癌-防治 Ⅳ. ① R73

中国版本图书馆 CIP 数据核字（2010）第 224482 号

策划编辑：郭 威 **文字编辑**：黎 敏 **责任审读**：张之生

出 版 人：石 虹

出版发行：人民军医出版社 **经 销**：新华书店

通信地址：北京市 100036 信箱 188 分箱 **邮 编**：100036

质量反馈电话：（010）51927290；（010）51927283

邮购电话：（010）51927252

策划编辑电话：（010）51927300-8037

网址：www.pmmp.com.cn

印、装：三河市春园印刷有限公司

开本：850 mm × 1168 mm 1/32

印张：4.375 **字数**：109 千字

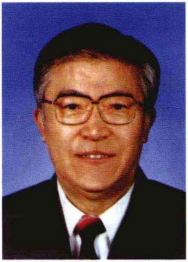
版、印次：2011 年 5 月第 1 版第 1 次印刷

印数：0001 ~ 4000

定价：26.00 元

内容提要

本书讲述了在我国死亡率位居前9位的癌症的早期征兆，包括：肺癌、肝癌、胃癌、食管癌、大肠癌、乳腺癌、子宫颈癌、鼻咽癌和前列腺癌，以及发现这些癌症的方法，它们的早期症状，和检查手段，一般治疗方法等知识，为读者培养更好的生活习惯，预防肿瘤提供的知识支持。



世界卫生组织癌症研究合作中心前主任
中国医学科学院肿瘤医院前副院长
中国医学科学院肿瘤研究所前副所长

王建璋 教授，1928年生于江苏江阴，1953年南京大学医学院毕业后分配至北京中国协和医院外科工作。1958年调入中国医学科学院肿瘤医院。

曾任中国协和医科大学、中国医学科学院肿瘤医院肿瘤外科副主任，防癌科主任，副院长，肿瘤研究所副所长。

曾先后担任中国癌症研究基金会理事兼科普教育委员会主任委员及肿瘤探测早期诊断委员会主席、世界卫生组织癌症研究合作中心主任、中国抗癌协会理事、中国老年保健协会专家委员会委员、全国高科技健康产业工作委员会委员、《抗癌之窗》杂志专家委员等。

20世纪50年代末，开展放疗和手术综合治疗食管癌的研究。60年代在国内建立防癌科并开展北京市肿瘤登记工作。自60年代始，参加创建林县食管癌高发区防治研究现场。80年代曾参与云南省个旧锡矿矿工肺癌调研工作。先后在国内外发表论文60余篇。主编及参加写作专业及科普书24部，发表科普文章260余篇。

1991年获国家科委、卫生部、劳动部等6单位授予矿工肺癌防治荣誉奖。1992年获中华人民共和国国务院政府特殊津贴及证书。1996年和1998年两次获卫生部科技进步三等奖。2002年12月国家科技部、中共中央宣传部等授予全国科普工作先进工作者荣誉证书。2008年3月中国医学科学院肿瘤医院肿瘤研究所授予杰出贡献奖。

前　言

建国60年来，祖国的医药卫生工作取得了很大的成绩，全国人民的平均寿命从40岁左右上升到73岁左右。剧烈的传染病和许多地方病得到了控制。许多恶性肿瘤治后5年生存率得到了很大的提高。医疗卫生机构在全国已成网络。

但是，60年来我国癌症的发病率逐年上升，20世纪50年代在居民的各种死亡原因中，癌症死亡占各种死亡原因的第10位以后，到了2008年我国癌症死亡已是各种死亡原因的第1位。平均每死亡四五人中就有一人死于癌症。我们已认识到，控制癌症要预防为主，把癌症的发病率和病死率降下来。要发动群众改变不良生活习惯、远离烟草、限制饮酒、均衡饮食、积极锻炼、控制体重、保护环境、注意饮水及饮食卫生、重视身心健康、定期体检、有病早诊早治。因此有必要把防病治病的科学知识告诉广大群众，让群众有知识、有能力主动地防病治病。搞好科普工作是一个重要的、国际上通用的好方法。我们要传播科学知识，做好癌症防治的科学普及工作。

党的十六大提出要提高全民的健康素质。要想提高全民健康素质，就要通过各种形式，广泛开展健康科学知识的宣传普及。世界卫生组织早已提出：癌症的1/3通过预防可以避免；1/3通过早期诊断、早期治疗可以治愈；1/3通过治疗护理，可以减轻痛苦，延长生命。

本书内容包括癌症的基础知识，常见癌症的病因、症状、体征、治疗和预防的方法，在城市、农村预防癌症的重点，病人康复时要注意的几个方面。书中防治癌症的内容丰富，科学性强，文字简练，配有画图说明，看后能懂，对健康有助。

王建璋

2010-10-8

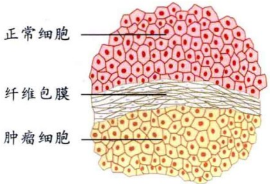
目录

第1章
揭开肿瘤与癌症的神秘面纱

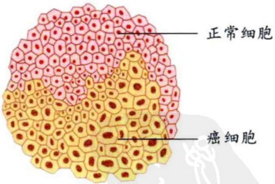
第一节　一膜之隔辨良恶
——良性肿瘤和恶性肿瘤（癌症）的区别

肿瘤是一大类疾病的总称，它是由于身体上的一些细胞过度生长引起的。人体是由亿万个有生命的细胞组成的。在正常情况下，身体内各器官的细胞按一定的方式和速度生长，进行新陈代谢，维持身体的正常功能。但是有时候身体内部分器官在外部或内部特殊因素长时间的作用下，出现了一些不正常的细胞，它们的生长能力特别强，生长速度特别快，没有控制地生长，就形成了肿瘤。根据肿瘤的外表、内部结构、临床表现、对人体的危害等，肿瘤可分为良性肿瘤和恶性肿瘤两大类。恶性肿瘤又称癌症。

良性肿瘤，一般生长较缓慢，可以在身上存在几年或几十年，膨胀性地生长，有较清楚的界限。良性肿瘤的细胞形态和正常组织的细胞形态比较接近。大多数良性肿瘤有一层纤维膜包裹，通常没有浸润性（不规则地向外侵犯）扩张。对人体的危害较小。



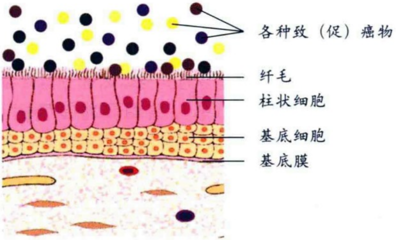
良性肿瘤



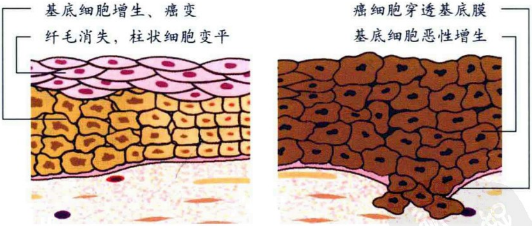
恶性肿瘤

良性肿瘤常用外科手术切除治疗，切除后一般不会复发或转移。少数良性肿瘤在一定条件下，可以逐渐变成恶性，所以，良性肿瘤也要适时治疗。

恶性肿瘤生长较快，肿瘤界限不太清楚。恶性肿瘤位于人体表浅部位者，往往不易推动，浸润性生长，如不及时治疗可发生转移性癌瘤。如果治疗不彻底易于复发和转移。恶性肿瘤细胞的形态与正常细胞的形态很不相同。恶性肿瘤外面通常没有薄膜包裹，恶性肿瘤细胞向周围浸润扩张，还可能沿着淋巴管或血管扩散到身体其他器官或组织内。恶性肿瘤的发展可能危及人的健康和生命。



正常细胞

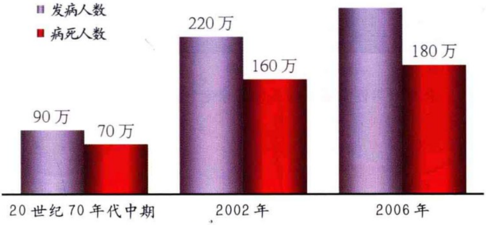


癌细胞的发展变化过程

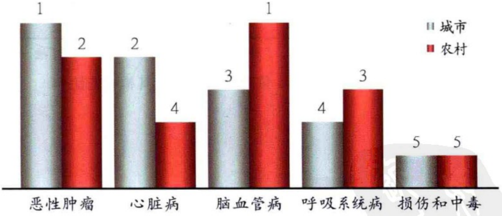
目前国内外医师对早期和较早期的恶性肿瘤（癌症），大部分可以治愈。治疗时花费少、痛苦轻、时间短、疗效好。所以，对恶性肿瘤，要重视预防，提倡早发现、早治疗。

第二节 不可忽视的数据和趋势——癌症在我国的流行情况

我国在20世纪70年代中期，每年癌症发病约90万人，每年癌症死亡约70万人。在2002我国癌症新发病例220万，死亡病例160万。在2006年全国第3次死因调查表明，我国因癌症死亡约180万人。比30年前的死亡数增加了1倍。全年因癌症死亡的人数约占总死亡人数的1/4，即平均每死亡4个人中就有1个人死于癌症。



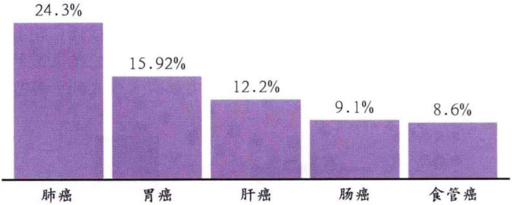
我国癌症的发病人数与病死人数情况



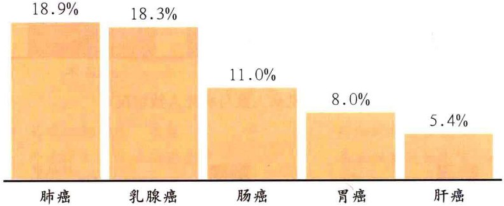
2008年我国城乡居民中死亡原因前5位

癌症是城市居民的首位死亡原因。在农村，癌症是第2位死因。2008年，城市中因癌症死亡的人数占总死亡人数的27.1%；在县和农村中，癌症死亡的人数占总死亡人数的26.39%。

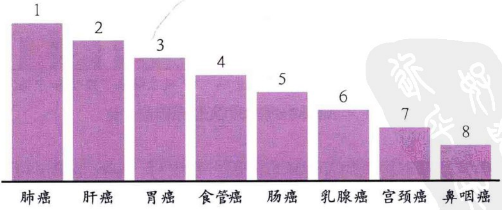
城市中以北京市为例，1992年，北京市有癌症新病人4 248人，癌症发病率男性178.5/10万；女性151.5/10万。发病率前5位的癌症名称及其构成的百分比为：



北京市男性发病率前5位的癌症名称及其构成的比例

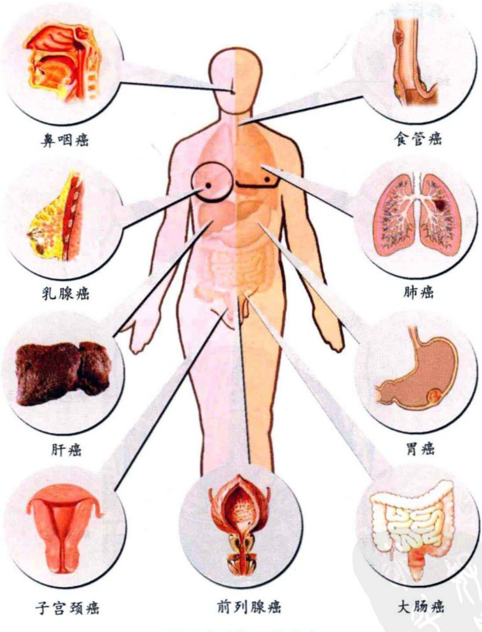


北京市女性发病率前5位的癌症名称及其构成的比例



我国病死率最高的8种癌症

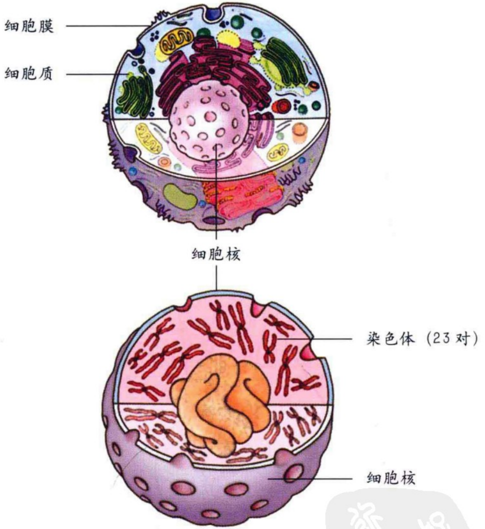
我国癌症死亡率最高的癌症依次为肺癌、肝癌、胃癌、食管癌、结直肠癌、乳腺癌、宫颈癌和鼻咽癌。这 8 种癌症的死亡合计占癌症总死亡的 88% 以上。



我国常见的 9 种癌症

第三节 小基因决定大健康
——细胞、基因与癌症的关系

人体是由亿万个细胞构成，细胞是构成人体的基本单位。细胞由细胞膜、细胞质和细胞核所构成。在人体细胞核中有46条染色体，染色体含有许多不同的基因。

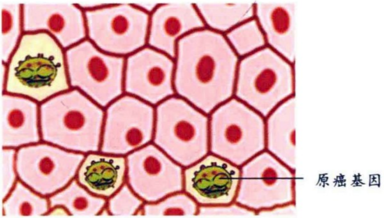


细胞的构成与细胞核中的染色体

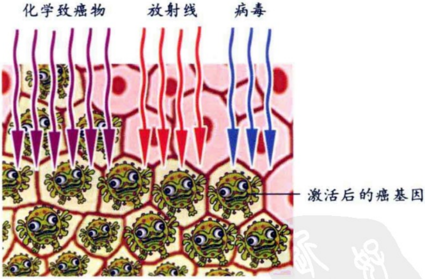
基因是决定细胞乃至人体特征的遗传物质，赋予人种与人种之间、个体与个体之间的特征及其千差万别。在每条染色体上有1 000多个基因，每个细胞共有46 000个左右的基因。基因的突然变异、不断地变异与人类发生癌症有密切的关系。

癌基因

人体的众多基因中，有一种特殊的基因或基因族，他们随着人体发育将慢慢地失去活性。然而，机体一旦遇到了致癌因子，特殊基因族便会骚动起来，称为基因的激活。例如当遇到化学致癌物、放射线、某些病毒等，激活的特殊基因便会永不休止地增殖而成为癌细胞。



常态下处于休眠状态的原癌基因



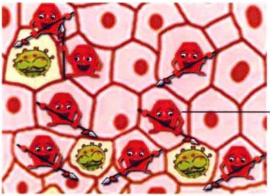
激活后的原癌基因成为癌基因

因为这些基因原本是存在于正常细胞中的，科学家们称之为原癌基因，原癌基因遇上了致癌因子，发生了改变、有异常表现、过度地增殖，才变成有害的癌基因并形成癌细胞。

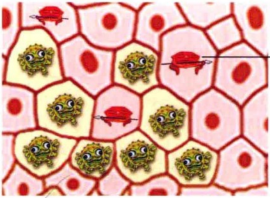
抑癌基因

经研究发现，只有细胞缺失了某个染色体之后，癌基因才会活跃起来。说明在缺失的染色体上存在抑癌基因，或称抗癌基因。癌基因与抑癌基因是处于相生相克的动态平衡状态。

国内外已发现不同癌症的癌基因和抑癌基因数十个，目前正在研究应用癌基因和抑癌基因来诊断与治疗癌症。



在细胞缺失的染色体上存在抑癌基因



抑癌基因失去活性后癌基因开始活跃

第四节　不可不防的危险因素

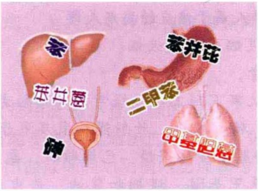
在我们生活的环境中可能引起人类发生癌症的危险因素较多，可归纳成以下 4 类：

◎物理性因素：例如 X 线、γ（伽马）线、氡气、紫外线等射线可引起肺癌、白血病、皮肤癌等。

◎化学性因素

＊多环芳烃类：如苯并芘、苯并蒽、甲基胆蒽、苯、二甲苯等，此外化学致癌物还有偶氮染料、砷、石棉、铬等。这类致癌物可引起肺癌、胃癌、肝癌、白血病和膀胱癌等。

＊亚硝胺类：如二甲基亚硝胺、二乙基亚硝胺、甲基苄基亚硝胺等，常少量存在于腌制的肉类和蔬菜、霉变的粮食和其他食品中。亚硝胺类化合物可能引起食管癌、胃癌、鼻咽癌等。



多环芳烃类致癌物



亚硝胺类致癌物

◎生物性因素：如肝癌、子宫颈癌、部分白血病、鼻咽癌等的发生与感染病毒有关。某些霉菌产生的毒素与发生肝癌有关。胃幽门螺杆菌的长期感染与胃癌的发生有关。

◎自身因素：癌症的病因比较复杂，除了环境中的危险因素属于外在因素外，还包括人体本身免疫功能降低、内分泌失调、遗传易感性、长期精神压抑、情绪低落等内在的因素。遗传性癌症在癌症总数中占极小比例。

第五节　一时健康不代表不得癌症
——癌症的高危人群和早期症状

什么叫高危人群？一些地区、某个人群或某个人，由于某种原因，某种癌症的发病率比通常人群高好多倍至几十倍，这就是癌症的高危人群，是预防癌症的重点对象。

下列4种人属于癌症的高危人群

◎长期吸烟或重度吸烟、被动吸烟、嗜酒以及有其他不良嗜好者。

◎长期从事下列工作或经常与其接触者：石棉、苯、镉、铬、镍、砷、木屑、放射线、氡及氡子体、紫外线、烷化剂、芳香胺、多环芳烃、已烯雌酚、氯乙烯、4－氨基联苯、双氯甲基醚、煤烟和焦油、杀虫剂、橡胶、冶炼业、家具制造等。

◎有癌症家族史人、现在身体上有癌前期疾病的人。

◎其他情况

* 乙型、丙型慢性肝炎患者，肝硬化患者，艾滋病患者。

* 肥胖、不育、未曾哺乳者。

* 性交年龄过早、多个性伴侣、同性恋者。

* 慢性血吸虫病患者。

建议癌症高危人群，多学习癌症科普知识。从自己的饮食、生活习惯、工作环境上远离致癌因素，注意自己身体上有无可疑的症状和体征，如发生异常征兆，应及早到医院检查治疗。

我们对待癌症的态度是无病防病、有病早治。最早期的癌症可以没有明显症状，也可以与常见非癌症疾病的症状相似。现把早期癌症的常见症状扼要介绍如下，如有这些症状，要提高警惕，尽早请有经验的医师鉴别诊断、正确治疗。

癌症的10种早期症状

（1）咳嗽或痰中带血

必须指出，年过四十，久治不愈的咳嗽，或痰中带有血丝在排除肺结核、支气管扩张等病后应该想到患肺癌的可能。对长期吸烟者以及有肺癌家族史者尤要特别重视。

（2）吞咽困难

对多次饮食发噎或吞咽不适者、逐渐加重的吞咽困难者，要警惕发生食管癌的可能。尤其要重视来自食管癌高发区和有食管癌家族史的人。

（3）出血

◎大便中带血是结肠癌、直肠癌的信号。

◎黑色粪便可能是上消化道出血引起，常见于胃溃疡或胃癌。

◎妇女性交后出血或绝经后阴道内出血要考虑子宫颈癌的可能。

◎乳头有血性分泌物可能是乳腺导管内发生了良性肿瘤或乳腺癌。

◎尿血可能是由于泌尿系炎症、结石、结核病引起，也可能是肾癌或膀胱癌的信号。

◎咯血在排除肺结核、支气管扩张等病后要考虑肺癌的可能。

◎鼻涕带血或鼻出血，除了鼻腔、鼻旁窦的炎症外，还可能是鼻咽癌、鼻旁窦癌的信号。

（4）疼痛

◎虽然损伤、风湿病、炎症、老年退化性疾病等可以引起某部位的疼痛，但肝区疼痛、胃痛有助于发现肝癌或胃癌。

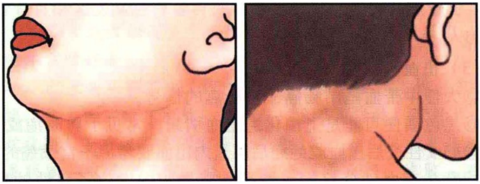
◎骨、关节疼痛有助于发现骨肿瘤。

◎口腔疼痛有助于发现口、咽部恶性肿瘤。

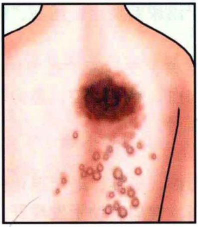
◎阴囊疼痛有助于发现睾丸肿瘤。

（5）**肿块**

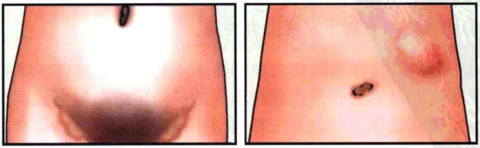
人体表浅部位的肿块，常见的良性疾病有皮脂腺囊肿、脂肪瘤、淋巴结结核病、甲状腺肿、腮腺炎、慢性淋巴结炎、神经纤维瘤等。但是，乳腺内的肿块要与乳腺癌鉴别，淋巴结肿大要与恶性淋巴瘤鉴别，甲状腺肿物要与甲状腺癌鉴别，阴囊肿大要与睾丸肿瘤鉴别，上腹部肿块要与肝癌、胃癌、肠癌、胰腺癌相鉴别。



人体表浅部和头颈部结节或肿块



皮肤变厚、隆起、破溃



腹腔内包块

(6) 声音嘶哑

声音嘶哑表示喉部声带有病，如喉头炎症、局部劳损、良性或恶性肿瘤等。喉癌、甲状腺癌、肺癌和食管癌等都可能引起声音嘶哑。

(7) 溃疡

◎经久不愈的皮肤溃疡要考虑皮肤癌的可能性。

◎慢性宫颈炎、宫颈糜烂要随诊，警惕宫颈癌。

◎慢性口腔溃疡要警惕口腔癌。

◎慢性胃溃疡、萎缩性胃炎要随访，警惕胃癌。

(8) 大便的改变

大便次数的改变，粪便形状的改变，粪便外形变细、带脓血和黏液、或便秘、稀便。对这些症状要认真鉴别诊断，要与结肠癌或直肠癌相鉴别。

(9) 不明原因的发热

◎如炎症、风湿病等可引起发热。然而，发热也是部分癌症病人的症状之一。

◎癌症病人发热可能由于合并感染，也可能由于癌细胞部分死亡或分泌某些物质所引起。

◎在淋巴瘤、白血病、肝癌、肺癌、肾癌病人发热比较常见。

(10) 疲乏、虚弱或体重明显减轻

个人疲乏而不易恢复，虚弱，在短期内体重明显减轻，要警惕。这可能是癌症的信号。如胃癌、胰腺癌、食管癌、肝癌、淋巴瘤等均可能出现这些症状。

如果发现有上述一种或两种症状，不必惊慌，更不能大意，应尽早请医师检查清楚，针对不同疾病进行不同的治疗。

第六节 你必须了解的自我检查方式
——通过自我检查能发现的肿瘤（癌症）

人的疾病，很多是依靠患者自己发现的。自我检查主要用眼看、用手触摸。有些肿瘤是可以通过自我检查发现的。

人体表浅部和头颈部肿瘤：如果看到或用手触摸到皮肤变厚、隆起、破溃，或发现皮下生长结节或肿块，就要请医师检查诊断。人面部靠外侧是腮腺的位置，腮腺部位肿大往往是腮腺炎或腮腺肿瘤。颈前下部近正中是甲状腺的位置，因缺碘可引起甲状腺肿大，常见的甲状腺肿物可能是囊肿、血肿、慢性炎症、良性或恶性肿瘤。

阴囊睾丸：男性阴囊内有两个睾丸，如发现阴囊内只有一个睾丸，另一个睾丸可能在腹股沟部（腿根部）或在肚子内（腹腔内），这种未下降的睾丸发生恶性肿瘤的机会较多。如两侧睾丸明显不对称，有病的一侧疼痛、有结节、肿大，或坚硬失去弹性，或阴囊皱纹变浅或消失，这很可能发生了睾丸恶性肿瘤。

颈部、腋窝（胳肢窝）、腿根部皮下组织：颈部、腋窝（胳肢窝）、腿根部皮下组织内，平时摸不到肿大淋巴结，如果在上述部位摸到了肿大结节，或痛或不痛，都要请医师检查。要鉴别是淋巴结炎、还是淋巴结结核、原发淋巴瘤或淋巴结转移癌。

腹部肿块：人的腹部较柔软，摸不到肿块。腹腔内如有肝癌、胃癌、结肠癌等到中、晚期，可能形成肿物，患者本人用手在腹部可以摸得到，或痛或不痛。如发现肿块应该尽快到医院检查治疗。

乳房：建议成年女性要学会乳房的自我检查，便于自查或协助她人自查。检查方法在本书乳腺癌一章有介绍。检查两侧乳房是否等大、对称，乳房内有无结节或肿块，观察乳头有无回缩，局部有无隆起或凹陷等。如果乳头周围皮肤有破溃，色鲜红，不易愈合，要考虑乳头乳晕部皮肤原位癌。当发现两侧不对称和乳房内肿块时，大多是有病的体征，应该请医师检查鉴别。乳房的自我检查建议每月 1 次。

为了早期发现各种疾病，早知道有无癌症，应定期参加健康查体或癌症初筛普查。健康体格检查一般每年 1 次，鼓励中、老年人积极参加。

第 2 章
死亡人数最多的肺癌

第一节　提高警惕辨肺癌 —— 肺癌的症状

接触致肺癌的因素后，大多数人有一个较长的潜伏期，20～30年以上。部分早期肺癌病人往往没有明显的症状。当发现有疑似肺癌的症状，要尽快到医院进一步诊断治疗。早发现、早治疗，会得到好的疗效。

局部症状：咳嗽，多为刺激性咳嗽；痰中带血，多为血丝痰；胸闷胸痛，一般症状轻，定位模糊。当癌瘤侵及胸膜、胸壁时，胸痛加剧，痛感定位较前明确；气促，由于肺炎、肺不张、恶性胸腔积液等引起。

全身症状：发热，由阻塞性肺炎或癌性毒素所致；晚期患者消瘦，可能出现较明显的恶病质。

肺外症状：部分病人有骨关节增生肿痛；个别病人有异位激素综合征。

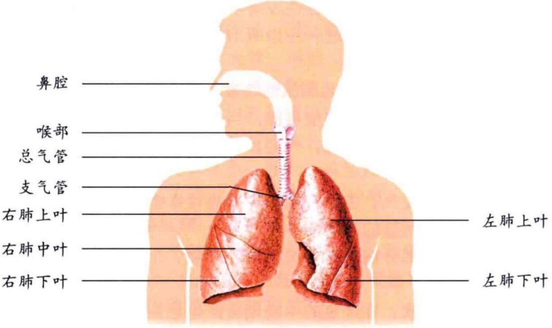
外侵转移症状：在肺癌的中晚期会产生恶性胸腔积液；淋巴结转移及骨、肝、脑转移症状；上腔静脉压迫综合征。

肺癌初筛普查：我国云南锡业公司曾经组织锡矿工人的肺癌初筛普查，每年给坑龄 10 年以上的老矿工筛查肺癌 1 次，坚持 20 余年。筛查方法是 X 线胸部正、侧位摄片检查和痰细胞学检查癌细胞。当发现病变后再进一步检查诊断。筛查发现了较多早期的肺癌，很大程度上提高了治疗后生存率。对肺癌的高危人群进行初筛普查，做到了使肺癌病人早发现、早诊断、早治疗。

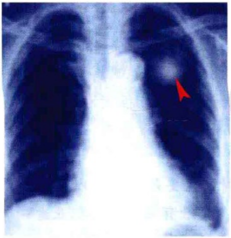
初筛普查的对象主要是：40 岁以上，有严重吸烟史（每天吸烟 20 支以上）者；接触有毒有害的职业者；有癌症家族史的人；有慢性呼吸系统疾病症状，如慢性咳嗽、咳痰、痰中带血者。

第二节　认识肺，了解肺

肺是人体的呼吸器官，位于胸腔内，分左、右两侧。右侧肺又分上、中、下3叶； 左侧肺分上、下2叶。肺叶由支气管连接，经总气管达喉部、鼻腔。



肺的结构



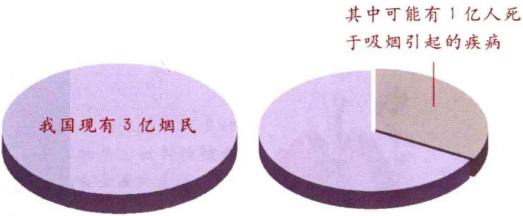
肺癌

在支气管、肺部原发的恶性肿瘤称为支气管肺癌，简称肺癌。

第三节　吸烟的朋友要注意看
——我国肺癌的流行特点

病死率

我国肺癌病死率占全部癌症死亡的第 1 位。目前我国有烟民 3 亿多，如不加强控烟预防肺癌，其中可能有 1 亿多的烟民将死于肺癌等因吸烟所致的多种疾病。



预计我国现有烟民今后死于因吸烟所致疾病人数

性别差异



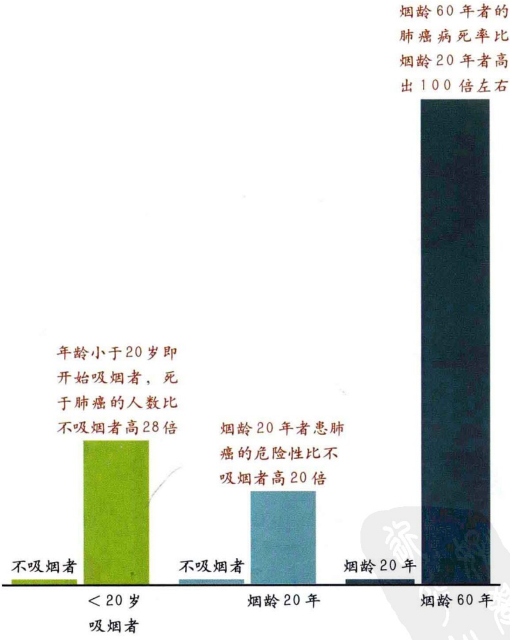
如果不控制吸烟，预计到 2025 年我国男性肺癌每年将死亡 90 万人，相当于 20 世纪 70 年代的 30 倍。

女性肺癌约 30% 是由吸烟与被动吸烟所致。不吸烟的妇女因丈夫吸烟所致被动吸烟患肺癌的病死率，要比丈夫不吸烟的妇女高 1～2 倍。



吸烟年龄

烟龄时间达20～30年时进入患癌的高危险期。开始吸烟的年龄越早，患肺癌的危险越大。如果按每天平均吸烟20支统计，可以得出以下几组数字：



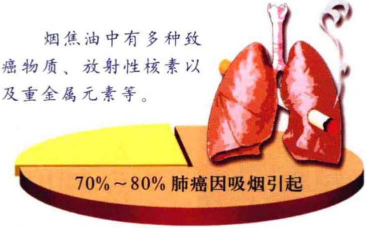
烟龄长短与患肺癌的关系

第四节 谁动了你的肺
—— 引发肺癌的主要因素

引发肺癌的主要因素有吸烟、职业及环境因素等。当这 3 种因素同时对人协同起致癌作用时，其结果比单独因素所起的致癌作用相加还要大。另外，吸烟与饮酒也起到协同致癌作用。

吸烟因素

香烟点燃后产生的烟雾中，含有 3 000 多种有毒化学物质，其中最重要的有尼古丁、一氧化碳、氰化物等。烟草燃烧所产生的致癌物质有苯并芘、亚硝胺、β－萘胺、镉、放射性钋以及酚化合物等促癌物质。



我国因长期吸烟引起的肺癌占肺癌病人总数的比例

职业因素

肺癌的发生与接触石棉、砷化合物、铬化合物、镍化合物、二氯甲醚、电离辐射、芥子气以及煤烟、焦油和石油中的多环芳烃类物质有关。与肺癌发生有关的因素还有接触铍、镉、铅、氯乙烯、甲醛等。

职业因素与吸烟的协同作用

石棉工人死于肺癌者比一般人群高 7 倍，而石棉工人中吸烟者患肺癌的危险性是一般人群的 50～90 倍，这是因为吸烟与接触石棉起到协同作用所导致的。

环境因素

◎大气污染：工业的废气可污染厂矿内外的环境和大气。此外，城市中每天燃烧的大量煤、柴油、汽油以及沥青马路的铺设和汽车排放尾气，均可导致居民密集区空气的污染。



工业废气和汽车排放的尾气等可导致空气的污染

◎室内污染：厨房内油烟和煤烟污染，是引起不吸烟妇女患肺癌的重要原因之一。近年来，室内装修所用的石材、油漆、地板胶、塑料饰物、黏合剂等均带来了室内污染。



厨房内油烟和煤烟及室内装修材料致室内污染

氡是一种放射性物质，广泛存在于土壤、岩石、建筑材料中。它可以通过地基、建筑物的缝隙、建筑材料结合处、管道入室部位松动处进入室内。世界卫生组织推算，在各国所有的肺癌病人中，有5%～15%是室内氡污染造成的。我国1994年以来，调查了14个城市部分写字楼和居室，发现氡含量超标者占6.8%。所以，提倡加强室内的通风换气，尽可能多打开门窗，对地下室更需多注意。

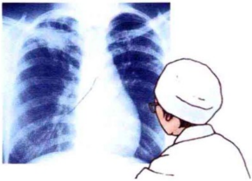


城市中肺癌患者中10%左右是由大气污染引起

第五节 医生可以做的事情 ——诊断检查与治疗

诊断检查

有咳嗽、痰中带血的病人来到医院后，医师首先要应用X线透视或摄片，检查病人的肺部，了解肺部疾病是炎症还是癌症、病变的部位和大小、一个病变或是多处病变。近来应用的CT扫描、磁共振成像（MRI）是X线摄片检查的发展。



胸部X线检查

为了彻底了解病变的性质，医师要给病人做纤维支气管镜检查、细胞学或病理学检查。



病理学诊断

部分早期肺癌病人，在痰液中发现了癌细胞，但是X线摄片上看不见肺癌的部位，这是很早期的肺癌，称为隐匿型肺癌。在初筛普查肺癌时，便能发现这样很早期的病人。这些早期病人的治愈率很高。

主要治疗方法

目前肺癌的主要治疗手段有手术、放射治疗、化学药物治疗、免疫治疗和中医中药治疗等。

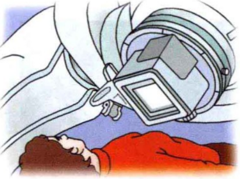


◎手术：对早期及较早期（Ⅰ期、Ⅱ期）病人来说，外科手术治疗是首选方法。



手术治疗为首选方法

◎放疗：如果同时患有其他疾病或年老体弱、或因肿瘤情况而难于承受手术时，可采用放射治疗。包括根治性放疗、姑息性放疗、腔内近距离放疗等。放疗也可以在综合治疗中应用。



无法手术时采用放射治疗

◎化疗：近年来对肺癌有效的新药有：紫杉类[紫杉醇和多西他赛（泰索蒂）]，喜树碱衍生物，拓扑替肯、氟胞苷（健择），去甲长春花碱（诺威本），草酸铂、吉非替尼（易瑞沙）等。近年来，又研制出分子靶向治疗的药物等。对于小细胞肺癌、未分化细胞型的肺癌，常以化疗和放射治疗为主，手术治疗为辅。



扶正中药

◎综合治疗：包括术后、放疗后化疗，术前化疗，放疗与化疗同时进行，放疗、化疗与生物反应调节剂联合应用，包括扶正中药的应用，免疫治疗和中医中药治疗，高热、冷冻、激光、介入、电化学治疗等在中晚期病人的综合治疗中也能起到一定的作用。

第六节　得了肺癌不用怕
——肺癌病人的康复与预防要点

保护呼吸功能，不吸烟及戒烟

肺癌病人的康复重点是保护呼吸功能。远离吸烟和其他烟雾。



注意室内空气洁净

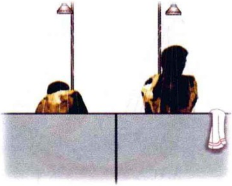
在冬天或夏天用空调时仍需定时打开窗户换新鲜空气。常到空气新鲜的地方散步，预防感冒。



职业防癌

生产者避免或减少直接接触已知致癌因素。戴防尘口罩，定期查体，如发现与职业有关癌前病变或早期癌，应及时治疗，并调离有致癌因素的职业环境。





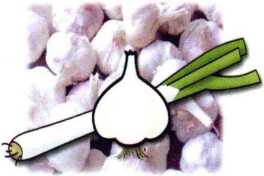
加强个人防护

下工后洗澡，不把矿尘带回住处。矿工在井下工作一定年限后，调做其他工作，减少他们接触致癌物的总量。



多吃防癌食品

多吃各种绿叶蔬菜和番茄（西红柿）对预防肺癌有一定的保护作用。十字花科蔬菜如油菜、菜花、卷心菜、大白菜、甘蓝、花椰菜、芜青等对肺癌的防护也有一定作用。



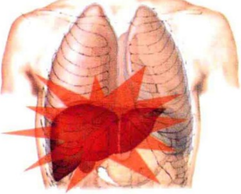
葱蒜防癌

美国和中国的肿瘤专家在研究中还发现，葱蒜类对肺癌有一定的防护作用。

第3章
肝癌不可忽视

第一节　早发现，早治疗 —— 肝癌的症状

早期肝癌在相当长的时间内，可以没有任何症状和体征。随着病情的发展，可出现局部和全身症状。



腹痛为胀痛，钝痛，针刺样痛

消化不正常

患者会出现持续性消化不正常，以食欲减退及腹胀最为常见。食欲减退常与肝功能损伤导致消化功能紊乱，或肿瘤压迫胃部有关。腹胀则多由胃肠胀气、肝较大肿瘤、腹水等引起。



消化不好表现为腹胀、恶心、呕吐、腹泻等

上腹部长期疼痛

上腹部长期疼痛症状：

* 腹部长期疼痛，多呈间歇性或持续性右上腹疼痛，可表现为胀痛，钝痛，针刺样痛。

* 如肿瘤位于肝脏的顶部或表面，可随深呼吸出现呼吸痛和放射到肩背部的放射痛。

* 如肿瘤位于肝深部者，则一般很少疼痛。

* 肝痛通常与咳嗽、体位变化有关，在夜间疼痛常加重。

* 肝癌自发破裂时可产生剧烈的腹痛和低血压休克等症状。

肝大

肝癌病人多有肝大，有时十分显著，甚至超过肚脐平面，表面常呈结节状或巨块状，质地较硬，不规则，有触痛。如果肿瘤位于肝深部且无肝硬化者，则肿块表面多光滑。个别肿瘤会出现坏死、液化或包膜下出血，可呈质软或有囊性感。



肝大时腹部呈结节状或巨块状

其他全身症状

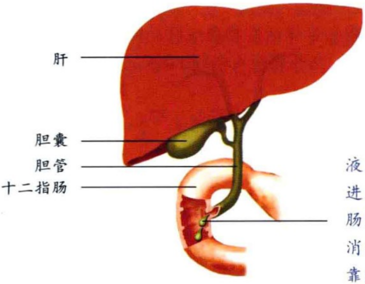
* 一般为低热，个别病人可出现高热、寒战等。
* 全身皮肤、眼睛内发黄，称为黄疸。
* 腹胀、有腹水，下肢水肿。
* 皮下出血，也可有鼻出血、牙龈出血；皮肤上发生像蜘蛛样的血管扩张等。
* 低血糖症，在肝癌病人中的发生率 10%～30%，原因未明，可能与肝癌细胞分泌胰岛素样活性物质或肝功能障碍有关。
* 红细胞增多症，在肝癌病人中约 10%，可能与肝癌细胞产生促红细胞生成素有关。
* 较少见的还有高钙血症、高脂血症等。

肝癌的筛查： 在 20 世纪 70 年代以前，我国的肝癌病人，大都因为病情发现晚错过了手术治疗的机会，疗效不满意。自从国外科研人员发现肝癌组织和胚胎肝组织产生一种甲胎蛋白，从此在病人血液中检测甲胎蛋白的含量，便成为原发性肝癌的诊断方法之一。我国从 1971 年始，开展了测定血内甲胎蛋白的含量普查肝癌。发现了 400 余例无症状的早期肝癌，但是仍有约 30% 的肝癌病人被漏诊了。1982 年开始，我们采用了测甲胎蛋白含量和 B 型超声联合检测。

普查对象： 肝癌的高危人群是乙型肝炎病毒感染者、35 岁以上的慢性肝炎者，还包括不明确为何种类型肝炎病史 5 年以上、有肝癌家族史者。B 型超声检查能使一部分甲胎蛋白低浓度的肝癌病人得到及时的发现，很大程度上提高了初筛普查的效率。1992 年以后，在肝癌高危对象中普查时间由每年 1 次改为每年 2 次。

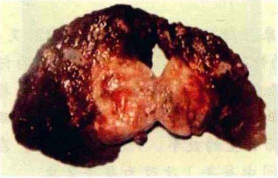
第二节　认识肝，了解肝

肝是人体内最大的实质性脏器，重1 200～1 500克，位于腹部的右上方。肝脏具有十分重要和复杂的功能，它与消化、物质代谢、储存、解毒、血液凝固等功能都有密切的关系。胆囊在肝右叶下面。



肝不断分泌胆液，通过胆管系统进入十二指肠和小肠，食物中脂肪的消化和吸收，就依靠胆液的作用。

肝与胆囊的结构及功能



肝内发生的恶性肿瘤称原发性肝癌或肝细胞癌，简称肝癌。

肝癌

第三节　地域、年龄和性别与肝癌的关系
—— 肝癌流行特点

地区分布

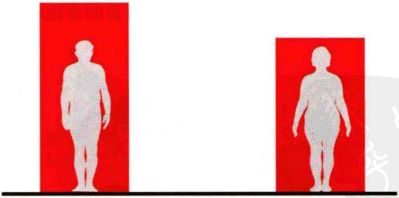
肝癌在非洲是第 1 位癌症，东南亚是第 2 位癌症，我国现今也是第 2 位癌症。

肝癌在我国的分布特点

* 沿海高于内地。
* 东南和东北高于西南和西北。
* 沿海岛屿和江河海口地区又高于沿海其他地区。

年龄与性别

近 30 年来，我国的肝癌发病率是明显上升的。肝癌的高发年龄为 40～50 岁，男性多于女性。



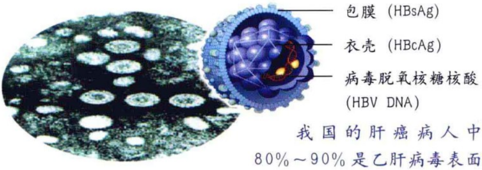
我国的肝癌发病率是男性高于女性

第四节 三大杀手：感染、污染和饮食——引发肝癌的主要因素

在我国以乙型肝炎病毒感染、食物被黄曲霉毒素污染、饮水污染为主要的三大病因因素以及其他因素。肝癌的发生是环境因素与遗传因素共同作用的结果。

乙肝病毒、丙肝病毒持续感染

研究证明，肝炎病毒可以引起肝癌。乙肝病毒、丙肝病毒持续感染能导致慢性肝炎、肝硬化，部分病人在此基础上发生肝癌。



乙肝病毒

我国的肝癌病人中80%～90%是乙肝病毒表面抗原 (HBsAg) 阳性携带者。

食物与饮水

在霉变的食物，特别是玉米和花生油中产生大量的黄曲霉毒素，人吃了含有黄曲霉毒素的食物后，经吸收到肝，引起肝细胞变性、坏死，继而诱发肝癌。含有黄曲霉毒素的食物吃得越多，肝癌患病率越高。



霉变的玉米和花生油等食物中可产生大量黄曲霉毒素诱发肝癌

饮用污染的水也同样能导致肝癌的发生。已发现在肝癌高发区污染的水中有100余种致癌、促癌和致突变物质。1991年发现我国沟塘水中有一种蓝绿藻可产生藻类毒素，已被证明是一种较强的促癌物质。



污染的沟塘水

水中藻类毒素是较强的促癌物质

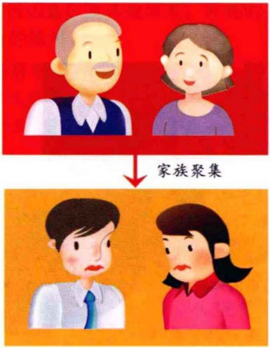
其他因素

*饮酒：经常饮酒可损伤肝的解毒功能，也可导致酒精性肝硬化，在此基础上可发生肝癌。研究证明，酒精是发生肝癌的辅助因素。



酒精性肝硬化可发生肝癌

* 家族聚集：研究证明，肝癌有明显的家族聚集性。与肝癌病例有血缘关系的家族中，出现肝癌的人数远超过无血缘者，其中近亲又高于远亲。



第五节 肝癌的诊断检查

甲胎蛋白（AFP）测定

要检查一个人是否患有肝癌的时候，在健康体检中，需测定血液中甲胎蛋白的含量。为了知道自己肝的病情，也可以请医师检查自己的甲胎蛋白的含量。应用这项测定，对肝癌诊断的正确率可达70%。

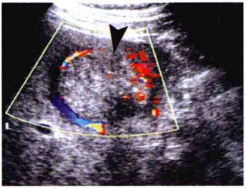


测定甲胎蛋白诊断肝癌

B 型超声仪（实时超声）检查

用此仪器检查肝，比较准确、方便、无创伤。可以发现肝内病灶，有无肿瘤，肿瘤的大小、数目、部位和邻近结构的关系等。平日体检时如用B型超声（B超）检查肝可以发现早期肝癌。



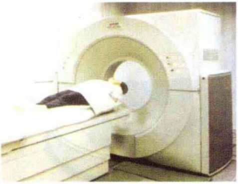


B超检查

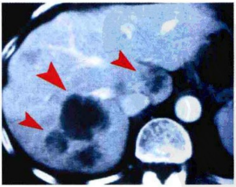
图像显示肝增大，肝内实质性团块（箭头所指处）形态不规则。

计算机断层扫描（CT）和磁共振成像（MRI）

当用上述两种方法发现肝的病变，包括肿瘤，需要进一步确定诊断。CT和MRI则是重要的诊断手段。CT是目前检查出肝癌最敏感的方法，显像较清晰，可发现小于1厘米（0.5厘米）直径的肿瘤或转移灶，这样小的肿瘤在普通X线照片上不能看到，能全面了解整个肝有无病变等情况。磁共振成像可作为CT检查的辅助和补充的手段。



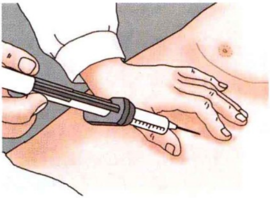
螺旋CT扫描



扫描显示肝内不规则肿瘤

活体检查及病理诊断

许多病人需要做活体检查，用细针穿刺法或腹腔镜检查取得少许活体标本，送病理科做病理诊断，以便了解癌细胞的形态、性质、分化程度等，有助于制定治疗方案。



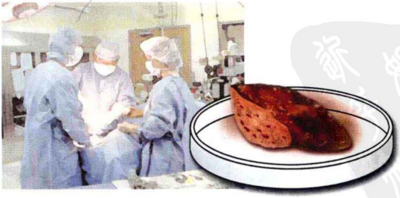
取细胞活体样本检查

第六节　肝癌的治疗原则与治疗方案的选择

肝癌治疗的原则是早治、综合、积极。肝癌治疗方案的确定要根据肿瘤的大小、病期、肝功能和全身状况而定。合理、有计划地多种方法综合应用，可使疗效有明显提高。

手术治疗

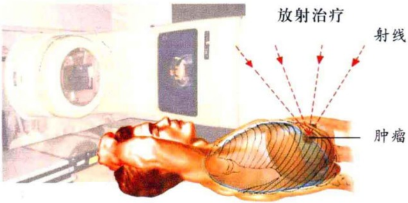
肝癌肿瘤越小，经手术根治性切除后疗效越佳。常用的手术有规则肝叶切除术、肝段切除术、局部肝切除术。



外科手术治疗

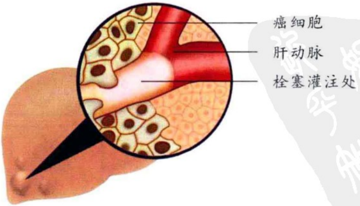
放射治疗

放疗包括根治性放疗和姑息性放疗。如病人全身情况较好，肝功能正常，肿瘤病灶局限，照射面积在100平方厘米以下者可做根治性放疗。但肝癌早期，因癌肿位于肝门区、膈面或两叶间、手术切除有困难者也可做根治性放疗。对肿瘤较大、已弥散至全肝但无远处转移的，只要病人一般情况较好、无黄疸、无腹水、无严重肝功能损伤亦可做姑息性放疗。



化学药物治疗

原发性肝癌用全身性化疗效果不佳，近年来采用肝动脉导管栓塞灌注化疗，药物经肝动脉灌注到肿瘤内，通过栓塞方法阻断癌细胞的血液供应，抑制癌细胞生长。效果明显提高。常用药有表阿霉素（EADM）、丝裂霉素(MMC)、5-氟尿嘧啶(5-FU)、亚叶酸钙（CF）等。



肝动脉导管栓塞灌注化疗

其他治疗方法

对不能手术切除的肝癌肿瘤，可根据具体情况采用以下方法治疗，也都有一定的疗效。

* 肝动脉结扎或肝动脉栓塞。
* 化学药物灌注。
* 消融疗法，如射频治疗、聚焦超声、氩氦刀等。
* 无水乙醇注射治疗。
* 冷冻治疗。
* 微波凝固治疗。
* 基因治疗。
* 激光治疗等。

综合治疗（与中医药结合治疗）

* 手术治疗与中医药结合

术后用中药以补益软坚为主，如四君子汤加减，可以党参、白术、茯苓、鳖甲等为主。

* 放射治疗与中医药结合

放疗中和放疗后中药以健脾、消导为主，并结合理气、清热之品。

* 化学药物治疗与中医药结合

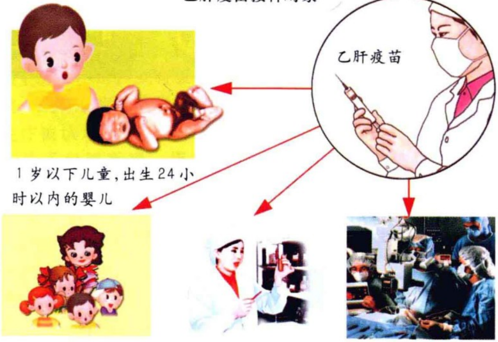
肝癌常用介入化疗，化疗前后中药以保肝、止呕、扶正等为主。

第七节　肝癌可以预防
——肝癌的预防要点

接种乙肝疫苗

注射乙型肝炎疫苗能预防肝炎，出生 24 小时以内的婴儿须做第 1 次接种，然后 1 个月和 6 个月后再分别加强 1 次接种。

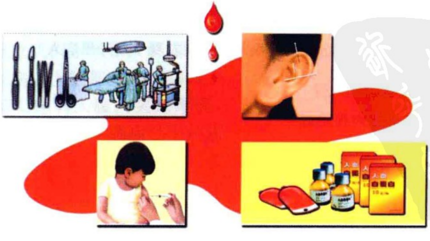
乙肝疫苗接种对象



幼托工作者，接触血液的医护、检验人员、透析病房等特殊工作者

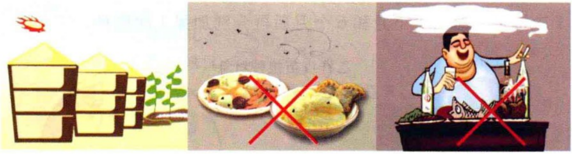
防止医源性传播

手术、输血、注射、针灸等医疗器具须严格消毒，严格检验。



饮食卫生

保管好粮食，防止发霉。无论农村还是城市，都不要吃发霉变质的食品。戒烟、戒酒。



不吃发霉变质的食品

肝癌的筛查

对肝癌高危对象的定期普查监测，有利于肝癌病人的早期发现、早期诊断、早期治疗，使许多肝癌病人得以长期生存。



每年 2 次进行肝癌筛查以便发现早期肝癌病人

第4章
吃出来的恶性肿瘤——胃癌

第一节　别不把胃痛当回事——胃癌的常见症状

胃部疼痛

胃部不适、胃胀、胃痛是胃癌最常见的早期症状。初起时仅感上腹部不适，或有腹胀、沉重感，或有心窝部隐隐作痛。此时往往被认为是胃炎、胃溃疡，没有给予足够重视。胃癌进一步发展，疼痛发作频繁和加重、甚至出现黑色粪便（这表示已有胃部出血），或发生呕吐。这时才引起重视。此时往往已发展到中、晚期。



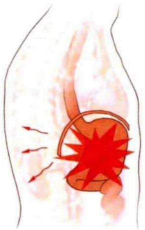
上腹部不适

反跳痛

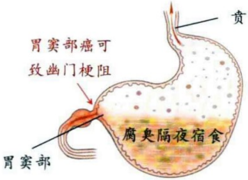
部分病人在上腹部偏右有轻度压痛。当病变范围扩大，癌性溃疡侵及胃壁深层（肌层、浆膜层），病人上腹部怕重按，并可出现腹壁肌肉紧张和反跳痛。用手压在病人上腹部时，突然将手抬起可引起病人腹内突然疼痛，称反跳痛。这表示癌症已引起腹膜刺激症状。

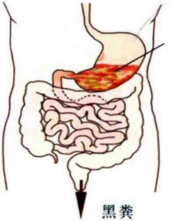


腹壁肌肉紧张和反跳痛



疼痛向腰背部放射





放射痛

如果出现疼痛持续加重并且向腰背部放射，这表示胃癌已侵犯腹膜后的淋巴组织、神经丛、胰腺，是胃癌的晚期症状。

食欲减退、消瘦、乏力

不少病人在饭后出现饱胀、嗳气而食欲下降，体重逐渐减轻。这种症状在早期即可出现，可以不伴有胃脘疼痛的症状。如果上述症状与胃痛同时出现，就要尤其重视。

恶心、呕吐

恶心、呕吐常常是因肿瘤引起梗阻或胃功能紊乱所导致的。胃贲门癌可以引起进食不顺，甚至吞咽困难。胃窦部癌可引起幽门梗阻及呕吐，吐出物有腐臭味或隔夜宿食。

出血和黑粪

小量出血时仅有粪便隐血（潜血），当出血量较大时可以有呕血及黑粪。当发现老年人有黑粪时，必须警惕有发生胃癌的可能。

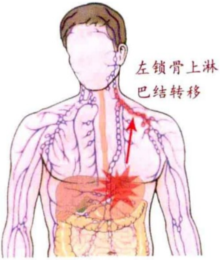
腹内肿块

在上腹部胃的部位可扪及肿块，胃窦部癌以右上腹部多见。肿块坚实，当瘤体向周围组织浸润时，肿块活动度明显受限。



转移淋巴结

除了腹腔内瘤旁淋巴结外，左锁骨上淋巴结转移率最高，可达10%左右。

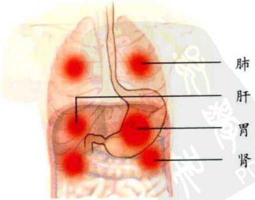


广泛转移

胃癌晚期可发生肝、肺、骨、肾和神经系统转移。当癌细胞脱落发生广泛性腹膜转移时，可有腹水。如病情恶化则出现消瘦、出血、贫血、幽门或肠道梗阻、肝大、黄疸、腹水和恶病质。

其他症状

部分病人可发生腹泻或便秘、下腹部不适、锁骨上淋巴结肿大、卵巢肿块、腹部肿块等。



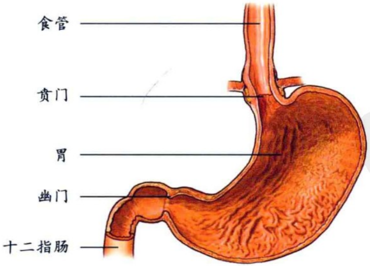
胃癌晚期可发生多脏器转移

胃癌的筛查：胃癌的筛查是为了早期发现胃癌病人、早期治疗、提高疗效。胃癌筛查的研究水平，以日本、美国较高。在日本，医师们应用X线双重对比造影技术和胃镜技术进行筛查已有30多年，每年筛查胃癌的高危人群约450万人。发现早期胃癌的数目占全部胃癌病人的40%～50%，手术治疗后的5年生存率高达80%。我国医疗科研人员在数个胃癌高发区和高危人群中已开展了胃癌初筛普查工作，他们应用测定胃液中隐血和胃镜检查的技术检查胃内癌细胞，应用X线造影、胃镜检查技术、微量胃液分析和单克隆抗体技术等筛查胃癌，从而发现不少早期病人，使他们得到了早期治疗。

筛查间隔时间：一般高发人群可每3年筛查1次，对于已经发现有癌前病变者应1年复查1次。

第二节　认识胃

胃是人体重要的消化器官之一，位于上腹部，上接食管，下接小肠，是容纳和消化食物的场所。



胃的结构

在胃的黏膜发生的恶性肿瘤简称胃癌。

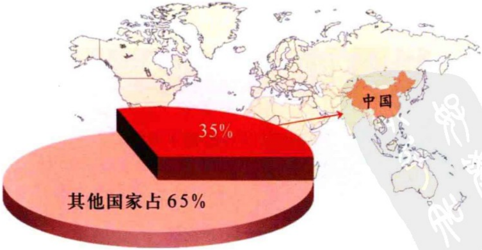


胃癌的X线钡剂造影

第三节 胃癌的流行特点

地区分布

胃癌是我国大陆恶性肿瘤中发病率很高的癌症。全世界约35%的胃癌病例发生在中国。



全世界胃癌分布情况

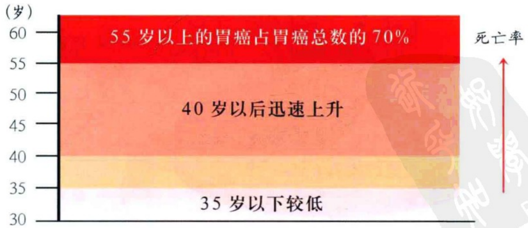
我国胃癌发病以西北各省和东南沿海地区（青海、宁夏、甘肃、福建、山东)为最高，而广东、广西、贵州和云南省发病较低。天津、北京等居于中间。20世纪90年代与70年代相比，全国的胃癌死亡率上升了约10%，但在上海、北京等大城市胃癌的发病率和死亡率有所下降。



我国大陆胃癌发病分布情况

胃癌死亡率与年龄、性别的关系

胃癌死亡率在35岁以下较低，40岁以后迅速上升，多集中在55岁以上。55岁以上的胃癌占胃癌总数的70%。我国胃癌平均死亡年龄男性为61.1岁，女性为62.2岁。



胃癌死亡率与年龄的关系

第四节 致命的亚硝胺食物
——胃癌的主要发病因素

饮食因素

饮食与胃癌发病关系密切，某些人群的膳食中，蛋白质、脂肪、某些维生素和矿物质缺少，使得营养不平衡，从而降低人体的免疫力，直接或间接有利于胃癌发生。有不少学者对饮食与发生胃癌的关系进行对照研究发现：



咸鱼、熏鱼、腌制蔬菜、咸猪肉、动物脂肪、油煎食品等为阳性联系（促进胃癌的发生）。

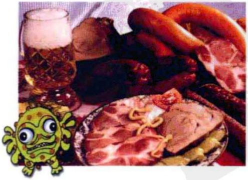


各种新鲜蔬菜包括芹菜、莴苣、西红柿、南瓜、茄子和各种水果含有大量维生素C的食品均呈阴性联系（减少胃癌的发生）。

亚硝胺等化学物质

目前通过实验发现，多种不同结构的亚硝胺类化合物，可以引起动物的胃癌。

在一些腌制的肉类、鱼类、禽类、蔬菜类食品、还有经亚硝酸盐处理的食品如香肠、火腿、午餐肉等制品中也含有少量亚硝胺类致癌物质。



在部分的干酪、牛奶、面粉、啤酒及其他酒类中也能检出少量亚硝胺。亚硝基化合物在工业上用作溶剂、润滑剂、防锈剂等，在农业上用作杀虫剂、除莠剂等，可以有职业性接触。

吸烟、饮酒

长期吸烟的人胃癌发病率明显提高。烟龄越长，胃癌发病越多。长期饮酒与导致胃癌的其他因素有协同和促进的作用。

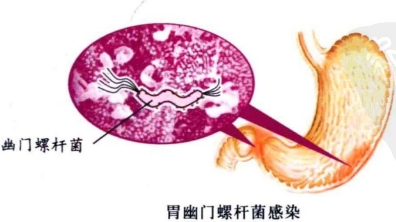


吸烟对胃有致癌和促癌作用，长期饮酒有协同促癌作用

真菌毒素

通过流行病学调查发现，我国胃癌高发区粮食及食品的真菌污染相当严重。胃癌高发区慢性胃病病人空腹胃液中真菌及其毒素检出率明显高于低发区。

幽门螺杆菌感染

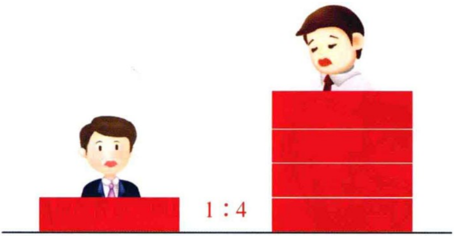


胃幽门螺杆菌感染

胃幽门螺杆菌感染可使胃液中维生素 C 的含量显著降低，引起萎缩性胃炎、胃癌等疾病。胃内幽门螺杆菌感染是胃癌发生的一级致癌物。我国胃癌高发区成人中幽门螺杆菌感染率在 60% 以上。

遗传因素

一般认为胃癌有明显的家族聚集的倾向。家族性胃癌发病率比非家族性胃癌发病率高 4 倍。



胃癌病人亲属的胃癌发病率比对照组高

体内低维生素

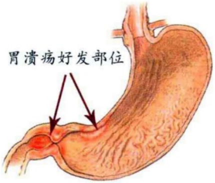
胃癌病人血浆和组织中维生素 C 和 β－胡萝卜素水平与非胃癌患者有显著差异。

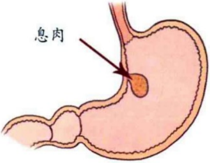


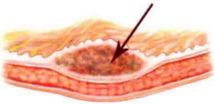
胃癌患者体内维生素 C 和 β－胡萝卜素水平低

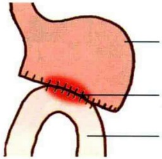


非胃癌患者体内维生素 C 和 β－胡萝卜素水平较高









癌前疾病与癌前病变

◎萎缩性胃炎：慢性胃炎，尤其是萎缩性胃炎与胃癌之间有密切关系。这类胃癌的发病率与萎缩性胃炎严重程度及病史长短有关，在胃癌中约有 80% 以上病人合并慢性萎缩性胃炎。

◎胃溃疡：在胃癌高发区，胃溃疡的发病率也高。溃疡好发生于胃小弯及胃窦部，约有 2% 的胃溃疡会发生癌变。

◎胃息肉：大多数为炎症性增生性息肉，少数为腺瘤性息肉，后者为癌前疾病。多发性息肉的癌变率比单发者高。息肉直径大于 2 厘米时，恶变可能性大。

◎胃黏膜异型增生：胃黏膜异型增生是一种可逆性病变。按病变程度可分为轻、中、重三级，重度异型增生与癌变非常接近，是一种重要的癌前病变。

◎残胃：胃大部切除术后留下的残胃，胃癌发生率为 1%～5.5%，迷走神经切除者术后残胃癌的发生率更高。残胃癌多发生在胃切除术后 15～20 年。

第五节　科技手段帮您忙——胃癌的诊断检查

常规钡剂 X 线检查

双重对比造影可明显提高早期胃癌的诊断率。对中晚期胃癌的诊断率达 90% 左右。

纤维内镜及胃脱落细胞检查

纤维内镜及胃脱落细胞检查确诊率可达 60%～70%。内镜加黏膜染色，采取活体组织做病理学检查，确诊率可达 85% 以上。

超声显像检查

体表超声检查是术前常规检查，可判断胃癌有无淋巴结转移及远处转移情况。

内镜超声检查

对于胃癌侵犯胃壁深度的判断较为正确，诊断早期胃癌准确率高。由于该超声探头穿透力较低，在发现有无淋巴结转移方面远不及体表的超声检查。

CT 检查

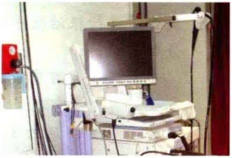
可了解累及胃壁向腔内和腔外发展情况、邻近组织器官、淋巴结有无转移，特别是肝、肠系膜根部、肝十二指肠韧带、腹腔动脉旁淋巴结有无转移。

辅助诊断

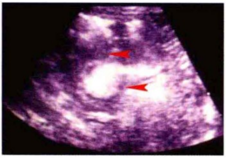
胃液分析、血清癌胚抗原测定、粪便隐血试验等。



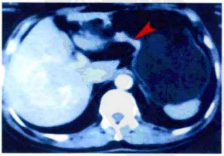
钡剂 X 线检查



纤维内镜检查



超声显像检查



CT 检查

第六节 选对方案 做对手术
—— 胃癌的治疗原则与方案选择

根治性手术

外科手术治疗仍是治疗胃癌的主要手段，只要病人全身情况许可，争取做剖腹探查手术。针对淋巴结已有转移者，手术后辅以联合化疗效果较好。

姑息性胃切除手术

姑息性切除术是由于胃癌的局部浸润和远处转移，失去了进行根治性手术的机会，仅切除原发病灶或包括部分转移灶。

这类手术可有效地解除梗阻、控制出血、缓解疼痛等症状，避免了穿孔等急症的发生，减轻了中毒症状，提高了生活质量，延长了生存期。

术前术后化疗

手术前化疗主要用于Ⅲ期胃癌，一般在手术前应用3个周期，可降低癌症分期，增加可切除率，化疗后切除率约70%。

手术后辅助化疗是在胃癌根治术后，根据情况给予术后辅助化疗1～2年，化疗开始时间在手术后应尽早化疗。不要晚于手术后1个月即开始。

中医药治疗

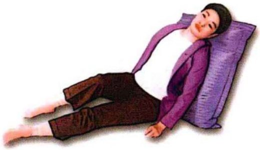
不少病人在手术前后或化疗的同时采用中医中药治疗，在一定程度上可以提高疗效，减轻化学治疗不良反应，促进康复。

第七节　胃癌的康复与预防要点

康复要点



＊饮食要少而精，少吃多餐：食物要适合病人的胃口喜好，烹调要精细一点，每天多吃几餐，每餐的量要少一些。



＊饭后半坐半卧：有部分手术后的病人，饭后头晕心慌，上腹部不舒服，可能是“倾倒综合征”，在进食后要取半坐半卧位以缓解症状。

预防要点

◎早发现：有一般上消化道症状，即使症状轻微，如持续或间歇发作达3～6个月者，要密切注意，适时检查，争取早发现、早治疗。对以下情况要注意：

＊有胃病史，近期内症状加重者。

＊有溃疡病史，其规律性症状有改变者。

＊已证实有慢性胃炎或有多发性胃息肉者。

＊长期出现隐血试验阳性者。



幽门螺杆菌根除治疗



筛查发现早期胃癌



改变不良饮食习惯

◎治疗幽门螺杆菌感染：世界上约有半数的人感染幽门螺杆菌，但不是每个感染者都需要接受幽门螺杆菌根除治疗。

对消化性溃疡、低度胃恶性MALT淋巴瘤、早期胃癌术后者，必须做幽门螺杆菌根除治疗；对胃炎有明显症状者、计划长期使用或正在使用非甾体类抗炎药物者、癌症家族史者支持做幽门螺杆菌根除治疗。

◎胃癌筛查：在胃癌高发区实施集团筛查，发现早期胃癌，然后通过内镜进行胃癌切除手术或胃癌根治术，以期实现早诊断、早治疗，达到提高生存率、降低病死率的目标。

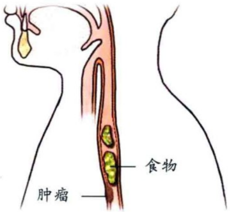
◎科学合理膳食：改变不良饮食习惯，注意营养平衡。

第5章
不良饮食习惯易发食管癌

第一节　食管癌常见的症状

食管癌起病缓慢，早期食管癌的症状轻微，时隐时现，不经治疗短期内也可能自动消失，往往不引起重视。

早期症状



◎梗噎感：吞咽食物时，有进行性吞咽困难、梗噎感，且梗噎感的次数和程度逐渐增加。

◎异物感：食管内有异物感，好似有食物贴附在食管壁上，咽不下去。

◎疼痛感：咽东西时食管有疼痛或胸骨后疼痛，疼痛可以是烧灼感、针刺感、牵拉感或摩擦感。这种情况反复发生。有时疼痛发生在上腹部。

◎滞留感：食物通过缓慢并有滞留感。

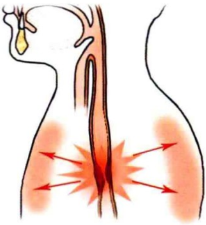
◎紧缩感：咽喉部干燥和紧缩感。

◎闷胀感：胸骨后有闷胀感。

中晚期典型症状

◎吞咽困难：吞咽困难是中晚期食管癌的典型症状，此症状的发展速度随癌症类型的不同而相差很大，如食管局部合并感染、饮食不调或疲劳过度可使吞咽困难症状加重。

* 吞咽困难的病人如果发现锁骨上区有肿大淋巴结，


前胸后背持续隐痛

便要考虑可能是食管癌的锁骨上淋巴结转移癌。

＊从不能吃普通饭发展到不能吃软质饭或面条，继而连稀饭或清水也喝不下。伴随发噎症状的是呕吐黏液。

◎前胸后背持续隐痛：如食管癌病变段有溃疡、炎症或肿瘤外侵则产生前胸后背持续隐痛。如疼痛剧烈并伴有发热应警惕癌瘤是否即将穿孔或已经穿孔。

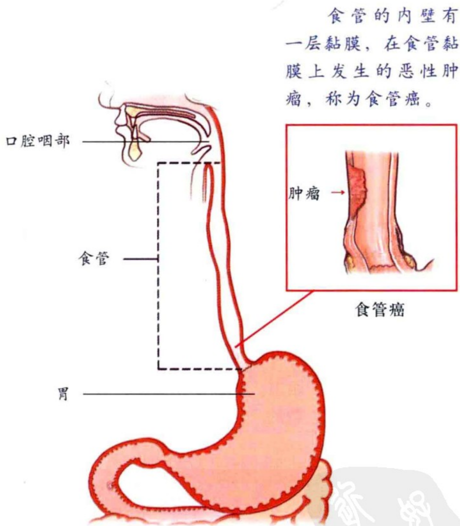
◎其他症状：其他晚期症状包括肿瘤压迫喉返神经产生音哑，表浅淋巴结的肿大，骨转移引起疼痛，肝转移引起肝大、黄疸等。

食管癌的筛查：我国河南省林州市等地方是食管癌的高发区，自从20世纪60年代开始，国内医疗科研人员在高发区应用食管脱落细胞技术、测定胃液隐血技术、X线食管吞钡造影技术、食管镜检查技术开展了对食管癌的初筛普查工作，发现了大量早期食管癌病人。初筛普查前，在当地县级医院门诊部里，早期食管癌只占全部食管癌病人的6%左右。经过筛查后，早期食管癌的比例升到了16%～60%。早期癌的手术治疗后5年生存率高达90%。

筛查对象：高发区40岁以上居民，有食管癌家族史的人，以及有食管症状的人。筛查的间隔时间，一般为每5年进行1次，对于筛查中发现的食管中度和重度不典型增生的病人需每年复查1次。

第二节　保护食管从认识开始
—— 认识食管

食管是上消化道的一部分，上面连接口腔咽部，下面连接胃，位于胸腔内正中靠后，是运送食物的软管状通道。为了早期发现食管癌，要知道食管癌常见的症状和初筛普查。



食管的结构

第三节　地域、年龄、性别与食管癌的关系——食管癌流行特点

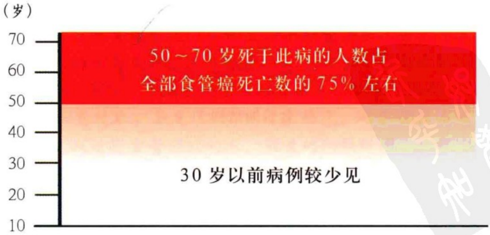
我国食管癌主要集中在某些省的部分地区。居城市恶性肿瘤死亡顺位的第 4 位，农村的第 3 位。我国大陆食管癌主要高发地区有山西、河南、河北三省交界处的太行山地区，华北太行山区，四川盆地，川西北，以及福建、广东、湖北、山东、江苏、陕西、安徽、甘肃和新疆等省、自治区的部分地区。

地区：	省份：		
华北太行山区	福建	广东	湖北
四川盆地	山东	江苏	陕西
川西北地区	安徽	甘肃	新疆

我国大陆食管癌主要高发地区

年龄与性别

食管癌基本上是一个老年性癌症。30 岁以前病例较少见，农村和山区的发病率高于城市。男性多于女性。50～70 岁死于此病的人数占全部食管癌死亡数的 75% 左右。

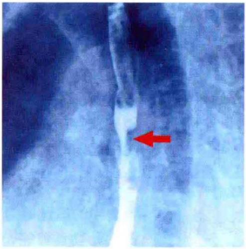


第四节　食管癌的主要病因及危险因素

主要病因	危险因素
亚硝胺类化合物	酸菜、保管不好的粮食、粗制鱼露、卤菜、陈萝卜干、陈玉米面、陈大米等一些霉变的食物中含有少量的致癌的亚硝胺，当在人体内积少成多，人体的免疫功能低下时，可能引起人的食管癌。
某些真菌及其毒素	粮食中的串珠镰刀菌（真菌）和互隔交链孢霉及其毒素可诱发动物食管癌，少数真菌能促进食物中的亚硝胺合成。霉菌毒素与亚硝胺起协同致癌作用。
饮食中缺乏新鲜蔬菜	饮食中缺乏新鲜蔬菜、水果和动物类食物；缺少维生素 A、维生素 C 、维生素 E 、维生素 B_2、胡萝卜素等；缺少微量元素硒、钼、锌等造成某些营养素的不足。减弱了身体内的防病抗癌能力。
饮食习惯	食物较粗、硬，吃东西速度太快，温度太高对食管可能产生损伤。不注意口腔卫生可能引起食管炎症，是发生食管癌的诱因。
遗传因素	食管癌在我国的高发区存在明显的家族聚集性，经过研究后证明遗传因素在发病中也起重要作用。因此认为食管癌是由环境因素和遗传因素共同引发的疾病。
吸烟饮酒	吸烟和饮酒是食管癌的主要危险因素，不同地区的酒可能有不同的污染物，如某些微量元素、真菌毒素、亚硝胺等。既吸烟又饮酒的人比单一嗜好者更易发生食管癌。

第五节　食管癌的诊断检查

早期食管癌的症状与常见的咽炎、食管炎、食管憩室炎、食管良性肿瘤有些相似，所以要做以下检查以明确诊断。



X线食管钡剂造影检查

X线食管钡剂造影检查

常规吞钡检查往往无法发现早期癌，必须耐心细致地做吞钡下的食管黏膜检查，X线食管钡剂造影检查是一项实用的方法，常用这方法来确定食管癌的部位和大小、食管癌的X线影像类型及病期的早晚。

食管脱落细胞学检查

食管脱落细胞学检查是发现早期食管癌的重要方法，可以发现X线片上看不到的食管癌；在食管癌的高发区常用它来初筛普查食管癌，筛查的阳性率可高达70%～90%。

CT、磁共振、食管腔内超声检查

CT、磁共振、食管腔内超声检查，对进一步了解癌瘤情况有帮助，在必要时、有条件时可以采用。



食管纤维内镜检查

食管纤维内镜检查

食管纤维内镜检查是发现原位癌、早期癌的常规检查方法，不但可以直接看到食管内癌瘤的具体情况，确定癌瘤的部位，又可在可疑癌的地方采取活体组织做病理检查。

第六节　食管癌的治疗原则与方案选择

早期和中期食管癌

◎手术和放射治疗：以手术和放射治疗为主。这两种方法的治疗效果很好，治愈的机会极高。一般对病情允许和病人身体尚好者，多选用手术治疗；当患者年老体弱、难以经受手术者多选用放射治疗。

◎综合治疗：近年来，对部分病人采用综合治疗，把外科手术、放射治疗、化学药物治疗、中医中药治疗有计划和适当地结合起来，可以提高治愈率，改善病人的生活质量。

晚期食管癌

对部分晚期食管癌病人，也有采取在食管腔内放置支架或用激光局部治疗，或中西药物治疗，以改进病人的进食状况，延长生命。

第七节　食管癌的康复和预防要点

康复要点

治疗后重要的问题是饮食的调理，从流质饮食逐渐过渡到半流质饮食，逐渐过渡到软质饭或普通饮食。食物要做得精细些，切碎些。每餐吃少些，一天多吃几顿。

预防要点

◎农田合理施肥：农田不要过多使用硝酸盐化肥，因为过多使用可以引起饮水的污染。

◎管好粮食、不吃霉变食品：不吃霉变酸菜，不吃发霉变质的粮食，不吃或少吃腌制的蔬菜和各种腌制的肉类、禽类、鱼类。

◎改变饮食习惯：要改变吃粗、硬、热、烫食物的习惯，改变吃东西太快以及蹲食等不良习惯。

◎开展食管癌初筛普查：

* 初筛普查对象是食管癌高发区 40 岁以上的自然人群。
* 三代中发生过 2 例因食管癌死亡的家庭为高风险家庭。

* 高风险家庭中40～70岁的成员视为高风险人群，是重点预防对象。

* 初筛普查每5年进行1次。

◎治疗食管的癌前病变：食管上皮重度和部分中度不典型增生是癌前病变。治疗癌前病变，对预防癌症是有效的。

如果重点治疗这一群体，则能有效切断高危人群的癌变风险，可使食管癌的发病率下降2/3。

第6章
运输不通畅，排泄出问题
—— 谨防大肠癌

第一节　大肠癌的症状

早期信号

◎近期出现持续腹部不适、隐痛、胀气，经一般治疗无效者。

◎无特殊诱因的大便习惯改变、出现持续性腹泻或便秘、或二者交替；无痢疾、肠炎、痔疮等病史，出现大便次数增多，粪便伴脓血、黏液、血便；连续出现带血粪便，粪便隐血试验阳性。

◎有肠梗阻症状逐渐加剧者。

◎原因不明的贫血、消瘦或体重减轻。

◎腹部肿块，左或右下腹部尤为多见。

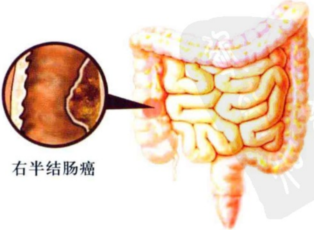
右半结肠癌的症状

因为右半结肠的肠腔比较宽大，肠内容物呈液态，所以很少出现肠梗阻现象。

◎在早期多数常在饭后发生右侧腹部隐痛、胀痛；有时出现类似慢性阑尾炎、胆囊炎等症状，有时腹胀；常在活动后阵发性发作。

◎当肿瘤逐渐增大，引起局部坏死、出血、穿孔并发感染时，可伴有持续性腹痛和压痛、发热、贫血、消瘦、乏力、食欲减退等全身中毒症状。

右侧腹部或回盲部出现包块，这是80%右半结肠癌常见的首发症状。



右半结肠癌

左半结肠癌的症状

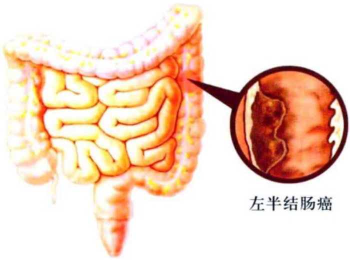
左半结肠因肠腔狭小，腔内粪便呈半固体状态。随病情发展，肿瘤将导致肠腔狭窄，临床出现肠梗阻。30%～50%的病人因发生急性肠梗阻而就医，在急诊手术时才发现肿瘤存在。

◎常见有恶心、呕吐；阵发性腹胀、腹痛。

◎肠鸣音高亢，无排便、排气。

◎大便次数改变。

◎出现左腹包块或有贫血等症状。



左半结肠因肠腔狭小，肿瘤易导致肠梗阻。

左半结肠癌

直肠癌的症状

◎早期症状：早期直肠癌位于黏膜层形成小结节时，常无自觉症状。只有在医师做直肠手指检查时才能触及。

＊常有排便习惯和粪便性质的改变，如大便次数增多、有黏液便、血便和腹泻。

＊当肿瘤浸润较深，感染较严重时出现肛门坠痛、里急后重、便秘、腹痛。

＊便后有排不净感觉、肛门失禁、排黏液和恶臭脓血。

＊局部疼痛、不能睡眠。

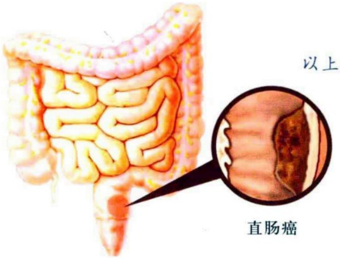
* 可有贫血、肠梗阻症状，也可发生大出血。

◎晚期症状：大肠癌发展到后期，局部浸润可引起骶部疼痛。

* 穿孔可引起急性腹膜炎、腹部脓肿。

* 肝转移可引起肝大、黄疸、腹水；肺转移可引起咳嗽、气促、血痰。

* 脑转移可引起昏迷；骨转移可引起骨痛、跛行等，最后会引起恶液质、全身衰竭。

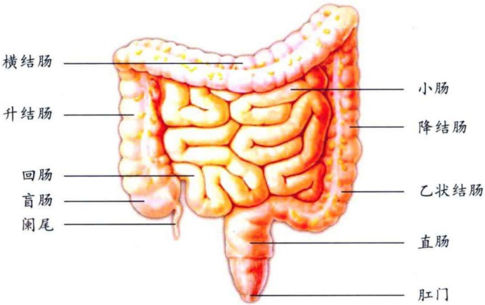


大肠癌的 65% 以上是直肠癌。

大肠癌的筛查：为了早期发现大肠癌，美国癌症研究所推荐 40 岁以上的人每年肛门指检 1 次（医师用手指检查肛门和直肠），50 岁以上的人每年查大便隐血（潜血）1 次，每 3～5 年做乙状结肠镜检查 1 次。我国医务科研人员的经验：粪便隐血试验为目前最常用的手段，对粪便隐血阳性者（粪便中含有微量血液）进一步检查纤维肠镜或 X 线肠气钡双重造影检查。需要时采取活体组织做病理学诊断。据报道，基于化学法粪便隐血试验的大肠癌筛查方案可以降低大肠癌病死率 33% 左右。

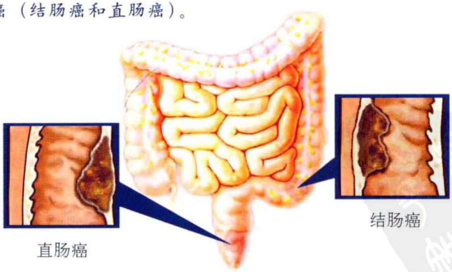
第二节　大肠的结构

大肠是人体腹腔内消化道的一部分，上接小肠，下接肛门。大肠的主要功能是吸收、运输、排便。



大肠的结构

大肠的内层是黏膜层。在黏膜发生的恶性肿瘤简称大肠癌（结肠癌和直肠癌）。



大肠癌

第三节 地域、性别和年龄与大肠癌的关系
—— 大肠癌流行特点

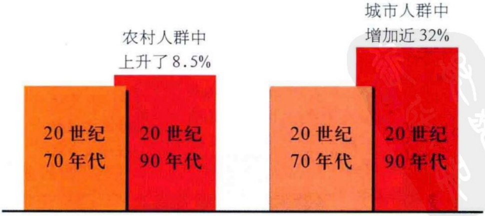
我国大肠癌较高发的地区有长江中下游、东南沿海的江苏、浙江、上海、福建、台湾、香港特别行政区和东北、华北的部分地区。

地区：	省份：	
香港特别行政区	江苏	浙江
东北地区	上海	福建
华北地区	台湾	

我国大肠癌高发地区

性别和年龄

大肠癌的性别男女之比在我国接近相等。年龄以 40～50 岁发病最高。由于我国饮食结构的变化及人口老龄化趋势，与 20 世纪 70 年代比较，90 年代城市人群中大肠癌的死亡率增加近 32%，农村也上升了 8.5%。上海市的大肠癌发病率，20 世纪 80 年代比 60 年代增加了 3 倍多。



20 世纪末我国大肠癌死亡率的变化

第四节　引发大肠癌的主要危险因素

大肠癌的病因至今尚未完全清楚，目前认为大肠癌的发生主要与环境因素和长期吃高脂肪、高动物蛋白、少纤维有关，是多因素共同作用的结果。

环境因素

各种环境因素中以饮食因素最受重视。大肠癌高发病率国家的饮食具有高脂肪、高动物蛋白（尤其是牛肉）、少纤维及精制米面，即所谓“西方饮食的特点”。

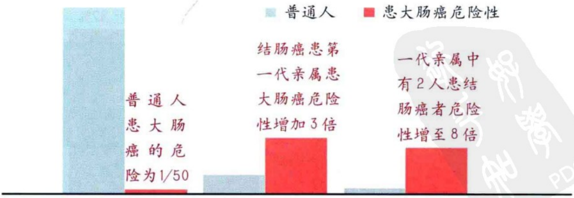


“西方饮食的特点”



遗传因素

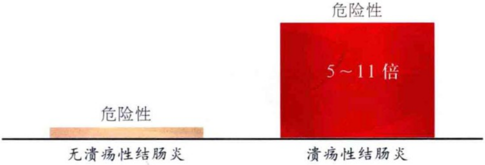
有6%～10%的大肠癌与遗传有关。家族遗传性在结肠癌也比直肠癌更为常见。普通人患大肠癌的危险为1/50，结肠癌患者第一代亲属患大肠癌危险比普通人增加3倍，一代亲属中如果有2人患结肠癌，则危险上升至8倍。



遗传因素在大肠癌发病中的作用

大肠非癌性疾病

溃疡性结肠炎病人发生大肠癌危险性比同年龄组人群高。有部分结肠癌起源于结肠多发性息肉（息肉病），其癌前期病程需 5～20 年。

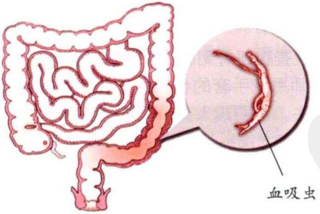


溃疡性结肠炎发生大肠癌的危险性比较



结肠多发性息肉（息肉病）发生结肠癌的比例

寄生虫病



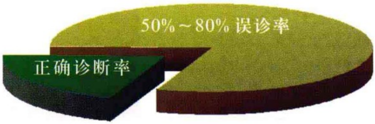
大肠黏膜内血吸虫卵的长期沉积，造成黏膜反复地溃疡、修复以及慢性炎症，出现腺瘤样增生，逐渐发生癌症。

其他因素

少食新鲜蔬菜、长期接触放射线、吸烟、饮酒者，患大肠癌的危险性增加。

第五节　大肠癌的诊断检查

直肠癌在门诊的误诊率高达50%～80%，多数人误诊误治达半年以上，甚至更久，使病人失去了早期治愈的机会。



直肠癌在门诊的高误诊率

容易误诊的原因

◎病人对症状迟钝：老年人大肠癌的误诊率较高，主要由于早期症状轻微，没有引起病人注意，老年人对症状感觉往往较迟钝，因此延缓就医。

◎医师对症状的认识不足：临床医师对大肠癌的症状往往亦认识不足，主观判断是肠道功能紊乱、痔疮、慢性痢疾、肠炎等疾病，而不做进一步检查。

特别提示：凡35岁以上的中、老年人如有以上临床症状应考虑大肠癌的可能，需要进行必要的体格检查和特殊检查。

检查项目及意义

◎视诊和触诊：检查腹部有无胀气、肿块、压痛、肠梗阻症状。

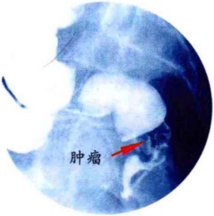
◎直肠指检：医师用戴手套的食指伸进肛门检查，这是最重要的不可缺少的检查方法。能明确大部分直肠病变的部位、大小、活动度、肠腔有无狭窄、有无侵犯邻近器官、指套上有无脓血等情况。

◎直肠或乙状结肠镜（内镜）检查：70%～75%的大肠癌位于距肛门25厘米以内，应用直肠或乙状结肠镜可发现，采取活体组织送病理检查，明确诊断，以防漏诊。

◎血清癌胚抗元（CEA）检测：对诊断大肠癌无特异性（意即癌胚抗原检测阳性者不一定是大肠癌），但对判断疗效和复发特别是肝转移有重要意义。

◎钡灌肠、气钡双重灌肠X线造影：这是对乙状结肠中段以上的癌瘤的重要的检查方法，其目的是检查有无多发性息肉和多发癌，观察有无局部肠黏膜破坏、充盈缺损或肠壁僵硬、肠腔狭窄等。已有肠梗阻的病人不宜用钡灌肠检查，更不宜做钡剂检查。



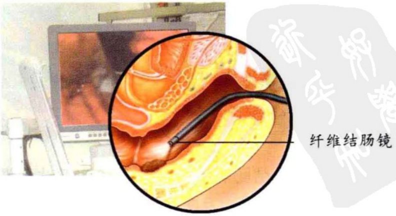


钡灌肠、气钡双重灌肠X线造影可观察大肠全貌，检查阳性率达90%

◎CT或MRI检查：对手术后复发或转移灶大小和范围的观察，提供是否适合手术治疗的重要参考。

◎粪便隐血（潜血）试验：粪便隐血（潜血）试验有免疫法和化学法。免疫法的敏感性和特异性均高于化学法。此法常在初筛普查大肠癌时应用。隐血（潜血）阳性者进一步做内镜检查。

◎纤维结肠镜（内镜）检查：可以仔细观察全结肠内部的病变情况，可以进行活体组织检查、摄像、摘除有蒂息肉。



第六节　手术治疗解除病痛
——大肠癌的治疗原则

手术治疗是目前最主要的治疗手段。原则上早期癌无淋巴结转移者手术后可不加辅助治疗。许多病人采取综合治疗，手术前或手术后根据病情辅以化疗和放射治疗。中晚期癌在手术前放射治疗或化疗可改善局部癌细胞浸润情况，肿瘤缩小，癌细胞退行性变或消失，提高疗效。少数病人由于全身情况或癌瘤情况不能手术者，也有采用放射治疗、化疗和中医中药治疗的，大部病人能明显缓解症状，缓解疼痛。



第七节　大肠癌的康复与预防要点

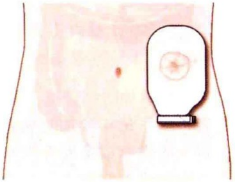
康复要点



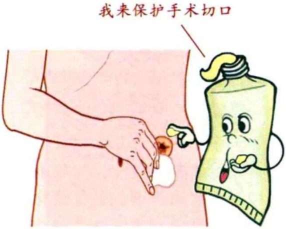


* 饮食调养：结肠癌手术治疗后要注意饮食调养。一方面注意吃容易消化的食物，另一方面注意合理营养，适当多吃新鲜蔬菜、水

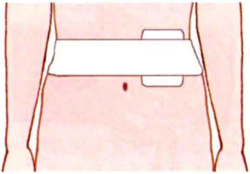
果、豆制品、奶类、鱼类、海鲜等。蔬菜能明显降低大肠癌发病的危险性，水果、维生素 E 及某些矿物质对降低大肠癌发病率也有一定作用。少吃高脂肪食物。



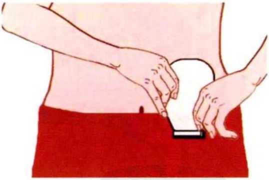
＊术后护理：做了结肠造瘘（人工肛门）的病人，瘘口开放后，需佩戴假肛袋接收粪便。



手术切口愈合后表面可用肥皂水清洗。局部皮肤如有侵蚀，可涂氧化锌油膏保护。

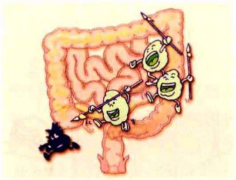


训练患者定时排便意识，待病人能自行控制大便后，瘘口上可盖一块软布，用布带固定。保持瘘口局部清洁干净。

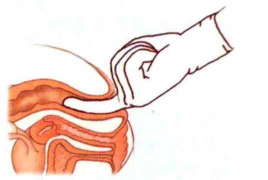


保持假肛袋清洁。如有粪便外溢，污染被、褥、衣、裤，应及时更换。注意饮食卫生，预防腹泻。

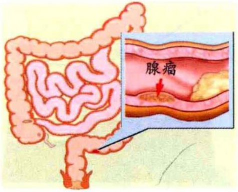
预防要点



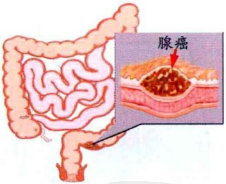
＊多吃纤维食品：高纤维食品有吸附水分的性能，可吸附肠道中有害物质，增加粪便量和体积，促进排出。高纤维食品在肠道中停留时间缩短，使致癌物的浓度降低，减少肠道中致癌物作用时间。



＊定期参加防癌普查：35岁以上者，除了每年参加防癌普查外，对大肠腺瘤或多发性腺瘤病者，应定期到医院复查，必要时做预防性手术切除。



＊治疗大肠的癌前病变：大多数肠癌是从腺瘤性息肉开始，腺瘤的直径越大，其不典型增生程度越高，癌变的可能性也越大。



研究发现，从腺瘤发展到腺癌一般要经历7～12年，如在人群中检查和摘除腺瘤，就为预防肠癌提供了机会。

第7章
女性肿瘤第一杀手——乳腺癌

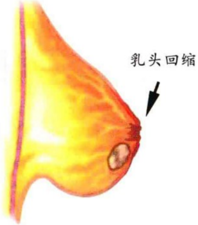
第一节　自我检查可发现——乳腺癌的症状

乳房内结节或肿块



大多数病人首先发现乳房内小结节或肿块，多数是一个肿块，多呈不规则的球形块，边界不清楚。质地较硬，肿块在乳房内活动度差。但肥胖妇女、乳房肥大者、肿瘤体积较小者，一般检查极易遗漏。

乳头改变、回缩



乳腺发育不良或产后未曾哺乳的妇女，乳头可以深陷，但可用手指牵出，无固定现象。当癌瘤位于乳晕下方及其附近，侵及乳头大导管，便会逐渐加重乳头回缩和固定。

乳头溢液


乳头派杰病（乳头部表浅癌）

乳腺癌伴有乳头溢液占5%以上，有乳头溢液者不都是癌，需鉴别诊断。溢液性质可为乳汁样、水样液、浆液性、血液性、血脓性，这些都是癌瘤局部不同情况的反应。乳头派杰病（乳头部表浅癌）病人乳头部位有瘙痒、脱屑、糜烂、溃破、结痂伴灼痛。



轮廓及皮肤改变

正常乳房无论任何体位，均具有完整的弧形轮廓。这种轮廓一旦出现异常或缺损，则提示癌瘤侵犯浅筋膜、库珀韧带。癌瘤侵犯面积大、位浅表，即使早期癌也可显示皮肤粘连，称为“酒窝征”。到晚期在癌瘤周围皮肤可破溃。

疼痛

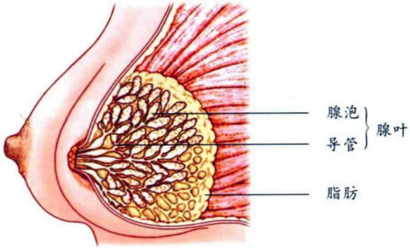
少数乳腺癌病人伴有不同程度的疼痛，有隐痛、针刺样痛，有的在患侧上臂和肩部出现牵拉样痛或沉重不适感。

乳腺癌的初筛普查：乳腺癌的初筛普查能发现较多的早期癌，提高治愈率，降低病死率。这事实已被国际公认。医务人员亲自用手检查加上钼靶X线摄影的方法是普查乳腺癌的最佳选择。普查的敏感度可达75%～90%。查出的早期乳腺癌经适当治疗后，其治后5年生存率可高达90%以上。国外专家报告，年龄40～49岁的妇女，每年进行1次乳腺照相检查，其乳腺癌病死率可至少降低35%。在年龄为50～59岁的妇女中，每年进行1次照相检查，其乳腺癌的病死率可降低45%。美国的乳腺癌发病率因开展筛查时间久，自1990年开始已呈下降趋势。国内外也有应用B型超声仪、红外线扫描仪普查乳腺癌的。我国对乳腺癌的筛查年龄范围定在30～64岁，30～49岁可以每2～3年筛查1次，而50岁以上则每年检查1次。

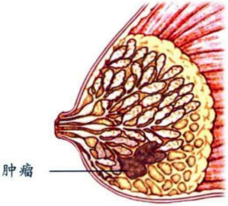
乳腺癌的高危险人群：月经初潮年龄早于12岁，绝经年龄大于55岁；年龄超过40岁未婚、未孕、未授乳（喂奶）者；有乳腺癌家族史者；患良性乳腺疾病者；女性45岁后是乳腺癌的高发年龄；长期吃高脂肪、高蛋白、高热量饮食者。

第二节　认识乳房

每人胸前有一对乳房，受女性激素的影响，成年女性的乳房发育并含有丰富的脂肪，会明显隆起。乳房的腺体称乳腺，每侧乳房的腺体内有 15～20 个小腺叶，每个腺叶均由乳腺导管及腺泡组成。



乳房的结构



乳腺癌

腺泡或导管的上皮细胞发生了恶性肿瘤称为乳腺癌，是妇女最常见的恶性肿瘤之一。主要发生于女性，男性少见。

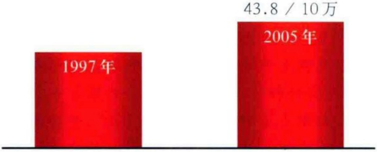
第三节　患病人数年年上升的乳腺癌流行特点

全球2005年约有4 408万乳腺癌病人，并以每年1%～3%的速度增长。



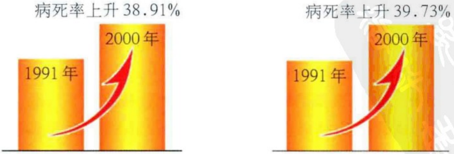
全球2005年乳腺癌的死亡与新发人数

现阶段，我国乳腺癌的发病率呈持续上升趋势。北京乳腺癌发病率8年内增加31.7%，今后还可能以每年3%的速度递增。



北京乳腺癌发病率8年内增加31.7%

乳腺癌是我国近年来城市中癌症死亡率上升最快的肿瘤。



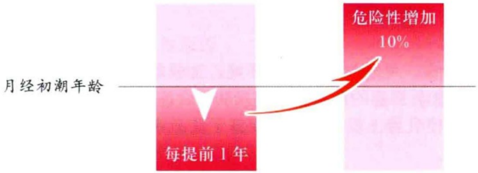
城市妇女乳腺癌死亡率　　农村妇女乳腺癌死亡率

第四节　乳腺癌的主要病因及危险因素

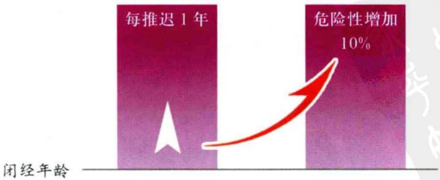
乳腺癌常发生在女性，男性患者仅占 1%。近年来乳腺癌的发病有年轻化的趋势。近 20 年来，随着人们生活水平的提高，以及防癌知识的普及，患者就诊时的病程明显缩短，临床上较少见到以往常见的晚期乳腺癌。

内分泌因素

乳腺的生长发育受多种内分泌的影响，雌激素对人体乳腺癌的发生起着主要作用。如妇女雌激素水平较高者，如月经初潮早（小于 12 岁）或绝经晚（迟于 55 岁）者有较高的乳腺癌发病率。如月经初潮提前一年，可增加乳腺癌发病危险性的 10%，同样，如闭经的年龄推迟 1 年，发病危险性也增加 10%。卵巢功能低下（雌激素水平低下）者几乎不发生乳腺癌。妇女更年期长期服用雌激素可增加乳腺癌发病的危险。



月经初潮年龄提前与乳腺癌发病危险性的关系



闭经年龄推迟与乳腺癌发病危险性的关系

遗传因素

家族性乳腺癌发病早、有双侧乳腺癌高发危险并可能伴发其他的癌症。乳腺癌病人的亲属与一般人群相比，患乳腺癌的危险性要高2～3倍，特别是母亲或姐妹中有患乳腺癌者其发病率将更高。



母亲或姐妹中有患乳腺癌者发病率更高

饮食因素

高脂肪饮食，可以改变内分泌环境，加强雌激素对乳腺上皮细胞的刺激及增加乳腺癌的危险性。高脂肪饮食能加速儿童生长发育，提早性成熟，使乳腺上皮细胞较早暴露于雌激素及催乳素中，从而增加癌的机会。



高脂肪饮食能提早性成熟

乳腺良性疾病因素

一般认为乳腺良性疾病可增加乳腺癌的危险性，乳腺小叶增生、纤维腺瘤病人发生乳腺癌的危险性为正常人的 2 倍。其他如乳腺囊性增生病被认为是癌前期疾病。

年龄因素

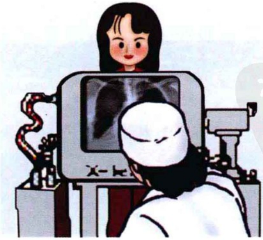
超过 40 岁未婚、未育、产后未曾哺乳的妇女乳腺癌的发病率高。40～59 岁妇女患乳腺癌者约占全部病人的 75%。



我国妇女乳腺癌高发年龄组

胸部疾病或其他原因

因患肺结核多次胸部透视或胸部 X 线片检查，或长期、多次、大量暴露于电离辐射之下者，易患乳腺癌。一般认为乳腺接受放射线剂量多者乳腺癌发病率比未受照射者高 2～4 倍。



乳腺接受放射线剂量多者乳腺癌发病率较高

第五节　乳腺癌的诊断检查

经过仔细询问病史和医师用眼睛和手的检查，当有怀疑乳腺癌时需做进一步检查。

双侧乳腺钼靶X线摄片检查

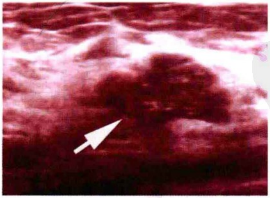
这项检查对乳腺癌的正确诊断率可达80%左右。在X线片上可显示乳腺癌的肿块阴影，周围有毛刺或透明环，在部分病人的肿块内可发现细沙粒样钙化。



乳腺钼靶X线摄片显示乳腺癌

B超显像检查

B超检查，安全无创。对乳腺肿块的质地和有无囊性改变的判断有一定帮助。



B超显示乳腺肿块

活体组织检查

这是目前国内外公认的确诊方法。采取活检的方法有细针穿刺细胞学检查，穿刺、咬取、切取、切除等取得活体组织送病理学检查。

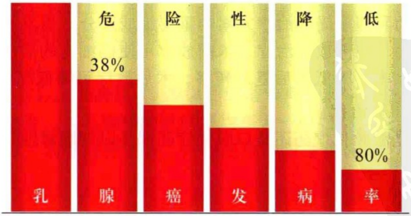
遗传性乳腺癌的检测

美国迈阿密大学肿瘤医院介绍，对乳腺癌病人的直系亲属做基因检测，只要体内测出BRCA1或BRCA2阳性，一生中有80%的可能患上乳腺癌。



美国基因检测乳腺癌病人直系亲属患病比例

针对这部分人进行化学预防，通过目前已有的内分泌调节药及其他有效药物就可使这部分高危人群的发病率相对减少38%～80%。



对高危人群进行预防性干预后的结果

第六节　乳腺癌的治疗原则与方案选择

治疗原则

除了部分早期（Ⅰ期）乳腺癌可采用单一外科手术治疗，对Ⅱ期、Ⅲ期的病人手术治疗后，应根据淋巴结转移情况，加用放射治疗及药物治疗。对部分晚期病人，为了减轻病人的痛苦，提高生活质量，可以先做放射治疗，再做减状手术，手术后加用放疗或化疗。治疗同时可适当配合中医中药，减轻不良反应，扶正培本，有利于康复。手术应根据病情和个体全身情况，按综合治疗计划进行治疗。

手术治疗

* 传统乳腺根治术：优点是手术切除比较“彻底”，缺点是破坏性大，造成患侧胸壁塌陷，甚至导致患侧上肢功能障碍。

* 改良根治术：与传统乳腺根治术的区别是保留了胸肌，使患侧的上肢功能得到了充分的保护，疗效与传统者相同。自20世纪80年代以来已成为国内外采用最多的术式。

* 保乳手术：适用于早期乳腺癌病人。早期乳腺癌缩小手术切除加根治性放射治疗，达到既保留了乳房外形，又提高了生活质量，疗效与根治手术相同。手术条件是：肿瘤单一、其直径在3厘米以内，肿瘤边缘距乳晕边缘在2厘米以上，没有明显的腋窝淋巴结转移。目前保乳手术同时包括了术后的综合辅助治疗。后者包括放射治疗、化疗和内分泌治疗等。

放射治疗

随着放疗设备的改进、放射生物学研究的进展和技术的提高，放疗已成为乳腺癌局部治疗方案中重要组成部分，保乳术后和乳腺癌根治术后，均需放射治疗。术前放疗可使癌细胞的活性减低，提高手术切除率，降低术后复发转移。术后放疗可降低局部复发率。

化学药物治疗

无论是静脉化疗药还是口服化疗药都是以细胞毒性药物杀灭进

入血液和淋巴系统的癌细胞，使癌细胞的生长、繁殖受到干扰，起到治疗作用，当然这对正常细胞也有一些影响。

* 化疗常与手术、放疗、生物治疗等方法联合应用。

* 术前化疗可以使肿瘤和局部转移淋巴结缩小，能使本来不能手术切除的肿瘤获得手术切除的机会。能减少患者术后复发的概率。

* 术后的化疗能提高中晚期乳腺癌的生存率。

内分泌治疗

乳腺癌是一种激素依赖性肿瘤，其生长需要内分泌的内环境，内分泌治疗就是改变这一环境，抑制肿瘤细胞增殖，使乳腺癌得到控制。其治疗方法包括切除有关内分泌器官和药物治疗。

* 内分泌器官切除：双侧卵巢切除术是绝经前晚期乳腺癌常用的治疗方法。肾上腺切除手术已很少应用。

* 内分泌药物治疗：近年来应用药物氨鲁米特（氨基导眠能）可达到肾上腺切除的作用，新一代芳香化酶抑制药是较好的内分泌治疗药物。

第七节　乳腺癌的康复与预防要点

康复要点

* 有的病人一侧乳房全部切除后，在心理上受到一定刺激。病人要认识到这是为了治病，应面对现实，坦然处之。

* 可以通过选择满意的乳房假体、佩戴一些饰物，增添自己的信心。

* 预防手术后上肢水肿，坚持术后恢复锻炼。

* 对健侧乳房要做定期自我乳房检查，警惕对侧再患乳腺癌。

预防要点

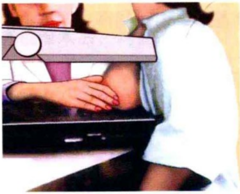
凡40岁以上独身或35岁以后结婚未育、未哺乳的妇女，有乳腺癌家族史者，其乳腺癌的发病率均高于一般妇女。这类人群更需要定期进行“乳腺自我检查”并积极参加防癌普查。







乳腺自我检查时间



钼靶X线乳腺摄影检查

乳腺自我检查

＊面对镜子，双臂叉腰和上举过头数次，观察乳房外形。正常乳房外形完整、光滑、对称，乳头无回缩，乳腺质韧、均匀，无具体结节或肿块，腋窝部没有肿大淋巴结。

＊平卧或侧卧位检查。用手指、手掌平置胸前，右手查左侧、左手查右侧乳房，依次由乳房的外上方，到外下、内下、内上、乳头、乳晕部、腋窝部，轻轻触摸，反复数次。

＊乳腺自我检查时间定在月经过后7～10天，因为此时女性体内的雌激素水平低，乳房最不充盈，容易发现病变。对已绝经的妇女可定在每月初自我检查或另选定一个时间每月检查1次。一旦发现乳腺异常，必须立即就医。如有医务人员来进行防癌普查，应积极参加。

及时治疗乳腺的良性疾病

如乳腺炎、乳腺良性肿瘤、乳腺囊性增生病等。

乳腺癌的初筛普查

乳腺癌的初筛普查是国内外公认的能降低死亡率、提高病人生存率的预防措施。

第8章
女性肿瘤第二杀手 —— 子宫颈癌

第一节　子宫颈癌的症状

不规则阴道出血

* 最早表现为性交后出血。



当癌瘤侵犯宫颈血管时，开始出现阴道流血。性交时出血是宫颈癌患者的主要症状。

* 月经期间或绝经期后出现不规则阴道出血，有绝经后出血者，更应引起注意。

* 年轻病人可有经期延长、经量多或月经间期阴道出血，常被误认为月经不调。

* 因较大血管被侵蚀或部分癌组织脱落可引起阴道大出血。

阴道排液

由于癌组织破溃或合并感染出现的阴道排液表现为：粉色白带、血性白带或呈黄色、水样白带增多。严重感染时可有脓样白带，有腥臭味。



癌组织破溃或合并感染时可出现各种阴道排液。

疼痛

疼痛可出现在腰骶部、髂部、下腹部，也可放射至臀部及大腿部，甚至放射至下肢。



疼痛为宫颈癌晚期表现

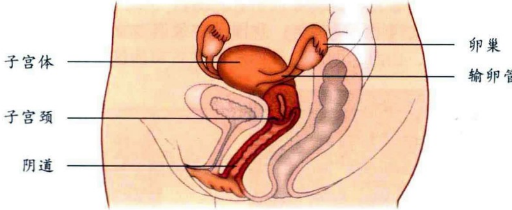
其他症状

如膀胱受侵犯可引起尿痛、尿血、尿的次数增多。如直肠受侵犯可出现排便困难、便血、直肠阴道瘘等。晚期可出现消瘦、发热，继发感染、贫血及恶病质。如有肺部转移可出现胸痛、咳嗽、咯血。骨转移可引起相应部位的持续疼痛。

子宫颈癌的初筛普查：子宫颈发生癌瘤，是由子宫颈上皮不典型增生开始，经原位癌逐渐向浸润癌发展，发展过程需5～10年或更长的时间。故有充分的时间进行筛查，做到早期发现、早期诊断和早期治疗。我国自20世纪50年代就开始在一些地方进行子宫颈癌的筛查。筛查方法包括妇科盆腔检查、宫颈涂片和细胞学检查，必要时做病理学检查。此法能及时发现早期子宫颈癌、原位癌和癌前病变。国内已开展定期子宫颈癌筛查的地方，子宫颈癌的发生率和病死率均能显著地、较迅速地下降。国内外已公认，对20～70岁的妇女，至少每3年进行1次宫颈脱落细胞学检查。可降低子宫颈癌病死率25%～75%，对癌前病变的治疗能减少子宫颈癌的发病率。

第二节　认识子宫

子宫位于女性盆腔内，像一个倒置的鸭梨的形状，是女性生殖器官的重要部分，是孕育胎儿的器官。



子宫的结构



子宫颈癌

在子宫颈的表皮生长的恶性肿瘤称子宫颈癌或宫颈癌。宫颈癌的主要病因是人乳头瘤病毒感染。

第三节　地域、年龄与子宫颈癌的关系——子宫颈癌流行情况

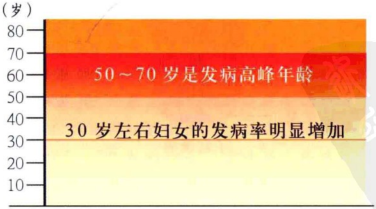
子宫颈癌是全球妇女中仅次于乳腺癌的最常见的恶性肿瘤，占妇女生殖器官恶性肿瘤的半数以上。我国子宫颈癌发病和病死率的特点是农村高于城市，山区高于平原。自20世纪70年代以来，我国子宫颈癌的发病呈下降趋势。我国子宫颈癌高发的省份、自治区有甘肃、陕西、山西、湖南、江西和内蒙古自治区等地。

甘肃	陕西	山西
湖南	江西	内蒙古

我国子宫颈癌高发省份、自治区

我国宫颈癌发病的年龄特点

女性从20岁～80岁都可有宫颈癌的发病，50～70岁是发病高峰年龄，近年来，随着性病的发病率上升，30岁左右妇女的发病明显增加，年轻女性子宫颈癌的发病率有上升趋势。

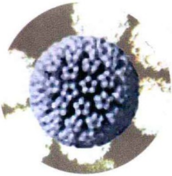


我国宫颈癌发病的年龄特点

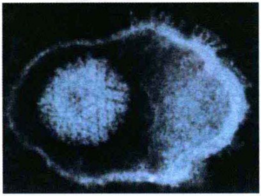
第四节　子宫颈癌的发病因素

病毒感染

生殖器人乳头瘤病毒（HPV）感染是一种性传播疾病。人乳头瘤病毒感染是子宫颈癌发生的主要危险因素。单纯疱疹病毒（Ⅱ型）可能是一个促癌因素。目前已发现的人乳头瘤病毒类型有100种左右，其中有13种可引起子宫颈癌，性接触为其最主要的感染途径。

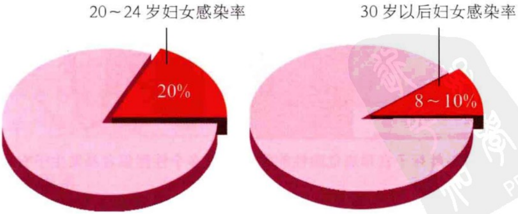


人乳头瘤病毒（HPV）



单纯疱疹病毒

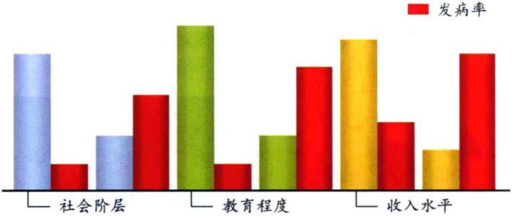
免疫力低下的妇女病毒持续感染的危险性尤其大。在年轻妇女中，人乳头瘤病毒感染的情况是20～24岁的妇女感染率最高，30岁以后的妇女感染率低于20～24岁组。



不同年龄段妇女人乳头瘤病毒感染率比较

社会因素

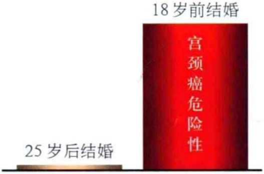
临床分析及流行病学调查说明：妇女所处的社会阶层、受教育程度和收入水平的高低，与发生这类疾病有关。另外，与营养缺乏、生殖系统感染等有协同作用。



社会阶层、受教育程度和收入水平与发生宫颈癌的关系

性行为因素

据报道，18 岁以前结婚比 25 岁以后结婚者患子宫颈癌的危险性高 13～25 倍，妇女有数个性伴侣者患子宫颈癌的危险性较 1 个性伴侣者高 2～3 倍或以上。丈夫婚外性伴侣的增加或有性乱者，妻子患子宫颈癌的危险性也大大增加。



结婚年龄与子宫颈癌危险性的关系

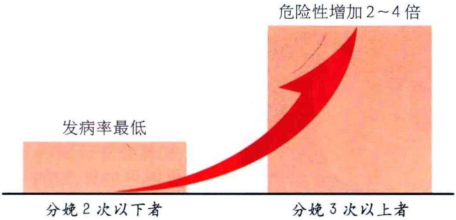


有多个性伴侣者易发生子宫颈癌

有研究认为，性生活年龄越早，性伴侣越多，发生宫颈癌的危险性越高。这是因为青春期宫颈上皮细胞对致癌物质较为敏感。

分娩因素

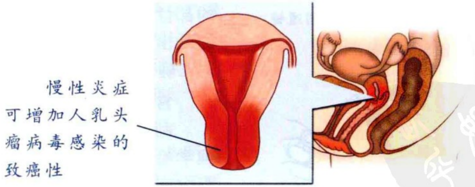
阴道分娩多次者较阴道分娩 1 次和未分娩者的患癌危险性大大增加。这可能由于分娩时宫颈损伤、妊娠时内分泌改变、免疫功能低下，易致癌变。



阴道分娩次数与子宫颈癌危险性的相关性

宫颈炎症、损伤

有宫颈炎者发生子宫颈癌的可能性较宫颈正常者高 3～7 倍，宫颈的慢性炎症可增加人乳头瘤病毒(HPV)感染的致癌性。宫颈损伤或炎症可引起宫颈上皮增生或不典型增生乃至癌变。



其他因素

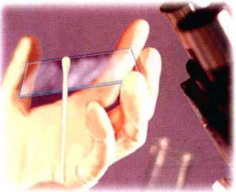
遗传因素、免疫缺陷、阴道滴虫病，外阴部清洁卫生习惯不好，吸烟，丈夫有包茎和包皮垢等可能与子宫颈癌的发生有关。

第五节　子宫颈癌的诊断检查

根据病史（症状）、妇科检查和子宫颈细胞学检查，加上活体组织病理学检查，对大部分早期和中晚期癌即可诊断清楚。对一些早期子宫颈癌（包括原位癌）、癌前病变最后靠病理学确诊。

阴道脱落细胞学检查

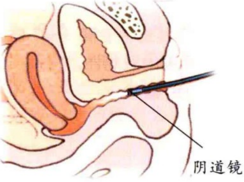
已婚妇女做妇科巴氏阴道脱落细胞学检查，是常用的早期诊断方法。此法进行初筛普查诊断的正确率达到84%～93%。近年来采用薄层液基细胞学检查，正确诊断率超过巴氏方法。新近开展了人乳头瘤病毒快速筛查法，能提高筛查宫颈癌的效率。



涂片检查

阴道镜检查

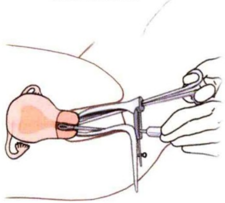
在阴道镜（放大30～40倍）下，可观察子宫颈上皮及血管的细微形态变化，而判断有无病变，提示可疑病变的部位，提高活体组织检查的检出率。阴道镜下取活检的正确诊断率达95%左右。



阴道镜检查

宫颈管内膜刮取术

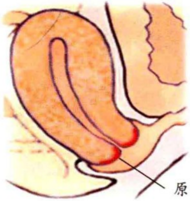
刮取宫颈管内膜并送病理学检查，有助于明确宫颈管内有无癌灶存在。这在细胞学检查能发现癌细胞或可疑，如阴道镜检查不能发现其病变部位者应做这种检查。



刮取宫颈管内膜术

第六节　子宫颈癌的治疗原则与方法

宫颈癌的治疗原则是既要提高病人的生存率，又要改善其生存质量。子宫颈癌的治疗主要为手术、放射治疗或手术加放射治疗，并辅以化学药物治疗。手术治疗原则上限于早期病人，高于ⅡA期者手术治疗的效果不佳，应首选放射治疗。

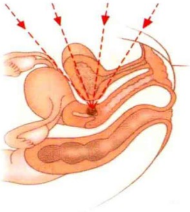


早期病人

即原位癌、Ⅰ期及ⅡA期患者，以手术治疗为主，对不宜手术的早期患者也可采用放射治疗。

中、晚期病人

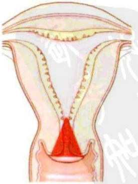
以放射治疗为主，放射治疗适用于各期浸润型子宫颈癌，高龄及不宜手术的早期癌及原位癌亦可行放射治疗。规范化的子宫颈癌放射治疗包括体外放疗和腔内放疗两部分，在肿瘤区域内形成合理的剂量分布。除少数早期癌外，一般需要腔内与体外放疗相结合，才能达到理想的疗效，达到根治的目的。



腔内与体外放疗相结合

宫颈锥形切除术

宫颈锥形切除术是明确原位癌有无早期浸润及其病变范围；作为部分宫颈上皮内瘤变（包括宫颈不典型增生和原位癌）病人的治疗方法。



宫颈锥形切除术

第七节　子宫颈癌的预防要点

子宫颈癌检查：子宫颈癌有一系列癌前病变，从宫颈瘤样病变发展为子宫颈癌大约需要 10 年或更长时间，这就有足够时间做检查（筛查）、诊断和治疗，达到预防癌症。



实行晚婚和计划生育：子宫颈癌与早婚、早产、多产有密切关系。因此，积极推行晚婚和计划生育、实行优生优育，是预防宫颈癌的重要措施。



保持正当性行为：保持正当性行为，避免婚外性行为，禁止卖淫嫖娼。性生活前应注意清洗会阴部。



保持个人卫生：每日应清洗外阴，女性在月经期间应使用干净、消毒的卫生巾。男性应注意包皮的清洁，清洗时应翻开包皮清洗，包皮过长者应进行手术治疗。



预防性疫苗：目前国内外有关机构正进行多国大样本Ⅲ期临床试验，使子宫颈癌有可能成为人类通过多种方法来全面预防和根除的第一个恶性肿瘤。

第9章
鼻咽癌

第一节　警惕鼻咽癌的危险信号

鼻症状

少数病人有鼻涕中带血或经鼻吭吸，经口吐出的涕液中带血丝，随着肿瘤增大，瘤体表面破溃、坏死引起出血，病人可出现反复咯血、鼻出血，偶尔也有大量出血。肿瘤阻塞后鼻孔时则有鼻塞现象。



经常出鼻血

头痛

常以偏头痛为主，以颞顶部头痛为多见，也会有枕项部疼痛。头痛的起因与鼻咽附近的血管、神经、骨等受肿瘤影响所致。对固定的、持续的、严重的头痛要特别注意，有可能是由于颅底骨破坏所引起。



脑神经受损

当肿瘤侵犯邻近的眼眶或影响入眶的脑神经时，病人会产生复视、视力障碍或眼球外突症状。其次是病侧眼球固定、上眼睑下垂、瞳孔扩大。此外，面部及舌体感觉麻木、张口活动时下颌骨偏斜、声哑、吞咽困难、病侧耸肩无力等。



病侧舌肌萎缩伸舌时舌尖偏向病侧

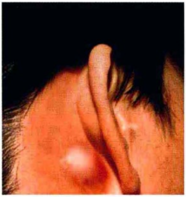
耳症状

若鼻咽部肿瘤挤压耳咽管口时，则有耳鸣、听力减退、耳痛或鼓膜内陷等症状。

颈淋巴结肿大

鼻咽癌的颈淋巴结转移率较高，颈淋巴结由上而下发展直至锁骨上区，且较早出现。约半数鼻咽癌病人因颈部肿块而去医院诊治。常见的颈淋巴结转移部位是上颈部耳垂水平的肌肉深部。



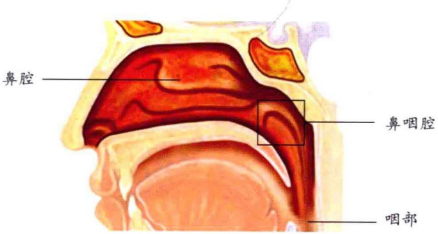


鼻咽癌颈淋巴结转移

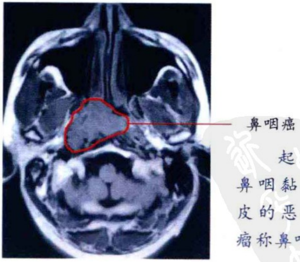
鼻咽的初筛普查：由于鼻咽癌的部位隐蔽，早期癌往往没有症状，易被病人忽视。即使去看医生，也常常被非专科医师疑为上呼吸道感染或炎症，很少做鼻咽部的必要检查。在20世纪70年代，广州中山医学院肿瘤医院等单位开展了以鼻咽癌为主的肿瘤普查，以10岁以上人群作为普查对象。他们应用体检、鼻咽镜检查、EB病毒血清学技术作为普查方法。必要时做鼻咽腔脱落细胞检查和活体组织病理学检查。当时对43万人普查结果发现鼻咽癌174人。在新发现的鼻咽癌中Ⅰ期占54%，Ⅱ期占34%。在20世纪60年代该院门诊鼻咽癌病人中，Ⅰ期占7%，Ⅱ期占17%。对筛查出的鼻咽癌患者治后5年生存率高达79%。疗效得到很大提高。鼻咽癌的筛查目前适用于高发地区，一般以鼻咽癌病死率大于6/10万为高发区标准。筛查对象为30～59岁自然人群，每5年筛查1次。

第二节 鼻咽的结构

鼻咽腔在鼻腔的后面，与咽部相连接的地方。鼻咽腔的大小，其上下、左右各约 3 厘米，前后径 2～3 厘米。鼻咽腔的表面覆盖了一层黏膜上皮，黏膜上皮下有丰富的淋巴组织和淋巴管。



鼻咽的结构



起源于鼻咽黏膜上皮的恶性肿瘤称鼻咽癌。

第三节　南方多发鼻咽癌
——鼻咽癌流行特点

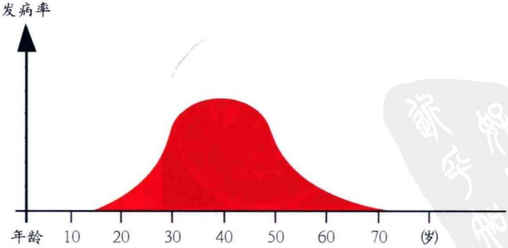
在我国，鼻咽癌主要多见于广东、广西、湖南、福建、江西、浙江海南等省和台湾地区，其次在四川、贵州、云南等省。我国的鼻咽癌高发中心是广东省的肇庆、佛山、广州地区和广西壮族自治区东部的梧州地区，互联成一片。在这些高发区域内，又以珠江三角洲和西江流域一带最为突出。



我国鼻咽癌主要发病省

鼻咽癌的发病年龄特点

鼻咽癌的发病年龄较其他肿瘤为小，从15～19岁年龄组开始上升，30～50岁年龄段属发病高峰。多见于男性。



鼻咽癌的发病年龄特点

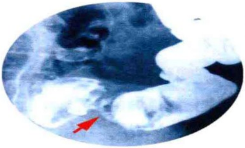
第四节 鼻咽癌的主要病因及危险因素

遗传因素

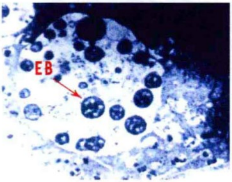
鼻咽癌的发病有明显的地区性，种族和家族聚集性。鼻咽癌发病高的家族如果迁居海外，其后裔仍保持高发病率的倾向。

病毒因素

经过大量研究发现，EB 病毒与鼻咽癌的关系十分密切。



鼻咽癌发病高的家族
其后裔发病率也高



EB 病毒

环境因素

高发区居民嗜食当地的咸鱼、腌肉、腌菜，在这些食品中亚硝酸盐的含量特别高并含有一定量的亚硝胺及其多种化合物，说明亚硝胺及其化合物与鼻咽癌发病关系密切。调查发现，广东省鼻咽癌高发区的土壤、水、大米中镍含量高于其他地区，鼻咽癌病人的头发中镍含量亦高。高镍含量饮食可能成为鼻咽癌发病的促进因素。

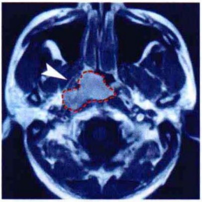


食物中的多种致癌因素

第五节 鼻咽癌的诊断检查

影像检查

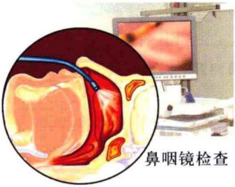
通常摄鼻咽侧位片、颅底位X线平片，从中可观察肿瘤大小、起源于哪一壁、外侵范围，并可了解颅底骨有无破坏。有时根据病情需加照特殊部位的X线片。CT或MRI可发现临床隐匿的病灶及早期病灶，正确划定病变范围，提供计算机放射治疗计划的照射野设计，可评定治疗效果等。



影像检查

鼻咽镜检查

间接鼻咽镜检查是检查鼻咽部的基本检查方法。在镜下取肿瘤组织做病理检查。导光纤维鼻咽镜能更清楚地观察鼻咽部各壁的改变、后鼻孔或口咽部受侵与否，对鼻咽部微小病灶观察与取材，也很适用。



鼻咽镜检查

血清免疫学检查

鼻咽癌病人血清中VCA/IgA（抗EB病毒壳抗原的免疫球蛋白）和EA/IgA（抗EB病毒早期抗原的免疫球蛋白）的滴度明显高于其他肿瘤病人或正常人。血清免疫学检查可用来作为鼻咽癌的辅助诊断方法。



血清免疫学检查

病理学检查

当检查发现鼻咽部有肿瘤时应取肿瘤组织送病理检查，以明确病变性质、病理类型、分化程度、确定诊断。病理学检查可确定诊断，为制订治疗方案提供依据。

第六节　鼻咽癌的治疗原则

手术治疗

由于鼻咽腔位置深在又狭小，其邻近有许多重要的血管、神经、淋巴组织等，导致手术治疗非常困难。所以通常不采用手术治疗。但在放疗后复发时，作为挽救性治疗措施，外科手术还是有益的。



手术治疗

放射治疗

病人在接受足量的放射治疗后，鼻咽癌可以获得控制或根治。放疗是治疗鼻咽癌的首选方法。

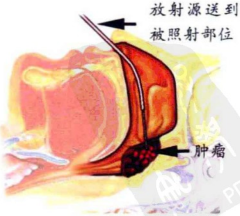
＊放疗前的准备：病人在放疗前应有足够的心理准备，做好洁齿、拔去龋齿残根、移去金属牙冠、保持口腔卫生；及时治疗头颈部的感染病灶；戒烟酒、防感冒、改善全身状况。



放射治疗

＊常规外照射：治疗常采用高能射线，由钴治疗机产生的γ线或医用直线加速器发生的高能X线，颈部照射可选用穿透性较低的辐射线即电子线。

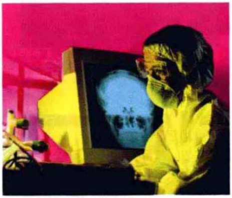
＊鼻咽腔内后装放射治疗：鼻咽腔内后装放疗是采用高剂量率的微型铱源（Ir），由计算机控制的马达准确地将放射源输送到被照射部位，由治疗计划系统做个体化计划设计，疗效肯定。



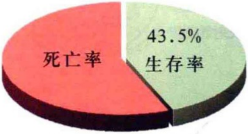
鼻咽腔内后装放射治疗



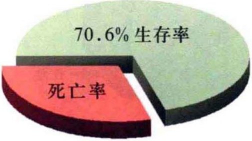
立体定向放射治疗



调强适形放疗



单纯放疗5年生存率



放疗加化疗5年生存率

* 立体定向放射治疗：立体定向放疗，即人们称为X刀。是用高能直线加速器发生的X线束，对被照射部位用多个小野等中心旋转照射。立体定向放疗的优点是既可严格地保护鼻咽腔邻近的重要器官少受或免受射线的照射，又使肿瘤部位得到最大可能的剂量，因此得以有效地杀灭肿瘤细胞。

* 调强适形放射治疗：目前用调强适形放疗鼻咽癌还处在摸索阶段。适形放疗使高剂量分布区与肿瘤区的三维形状的适合度比常规外照射大有提高。

* 放射治疗后的康复：放疗结束后，仍应定期去医院复查，恢复期内注意饮食调理，劳逸起居，预防感冒、感染，须注意保护放射区的皮肤免受刺激或外伤，重视心理康复与体能康复，保持乐观的态度，适当参加社交活动。

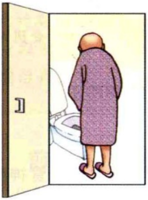
化学药物治疗

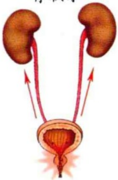
放疗合并化疗的效果是令人欣喜的。鼻咽癌单纯放疗5年生存率为43.5%，而放疗加化疗则达70.6%。研究结果认为，鼻咽癌放疗加化疗可减少原发灶、颈部转移灶的复发率，同时降低了远处转移率。

第10章
老年男性需防前列腺癌

第一节　前列腺癌的症状早发现

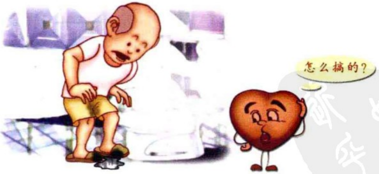
在早期，病人常无明显不适，随着癌瘤的发展甚至到中晚期才表现出特异性症状。





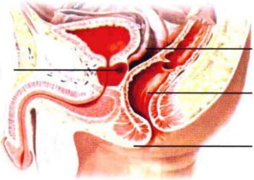
压迫症状

压迫尿道可引起排尿困难，排尿时间延长、尿线细、排尿射程短、尿流缓慢、尿流中断、尿排不净甚至排不出尿等膀胱颈梗阻的症状。如癌瘤进一步发展，可压迫输尿管使肾排尿不通畅，引起肾积水，影响肾功能甚至导致尿毒症。临床表现为腰痛以及尿少等症状。



由于尿路梗阻可引起膀胱壁肌肉功能不稳定，发生排尿次数增多、排尿急迫、夜尿增多甚至尿失禁。前列腺增生也会造成排尿困难，但它的进展缓慢，而前列腺癌的症状进展较快。

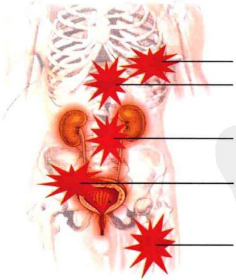
前列腺癌进一步增大可压迫输精管，引起射精缺乏。癌瘤也可以压迫直肠引起大便困难或肠梗阻。癌瘤压迫神经可引起会阴部疼痛，并可向腿部放射。



前列腺癌增大可压迫周围部位

外侵及转移症状

前列腺癌进一步发展可侵及膀胱、精囊、血管神经束，引起血尿、血精、阳痿。盆腔淋巴结转移可引起双下肢水肿。前列腺癌易发生骨转移，骨转移常发生的部位在骨盆、腰椎、胸椎、肋骨及四肢骨，病人可出现骨痛或病理骨折，甚至截瘫。癌瘤可侵及骨髓引起贫血或全血各种成分减少。



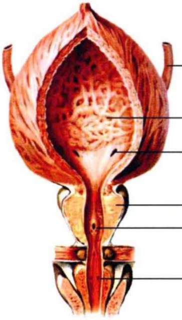
前列腺癌骨转移部位

如何做到前列腺癌的早发现

有 75% 的前列腺癌发生在男性年龄 60～80 岁，因此老年男子凡 50 岁以上，稍有排尿不畅者，要接受医师的检查，首先肛指检查，查前列腺的大小、软硬度、有无硬结等情况。同时要抽血测定 PSA（前列腺特异抗原），若测定结果大于每毫升血液含 PSA10 纳克，就有前列腺癌的可能（可能有假阳性，要重视多种检查的综合分析）。一般健康人的测定结果在 4 纳克以下。需要时应用直肠内超声仪检查以及采取活体组织做病理学诊断，力求早期诊断、早期治疗。

第二节　前列腺的结构

前列腺是男性生殖系统的器官，位于膀胱和尿道之间，包绕后尿道，前列腺开口于尿道的后部。前列腺分泌的液体是精液的组成部分。前列腺癌是威胁老年男性健康与生命的重要疾病。



前列腺的结构

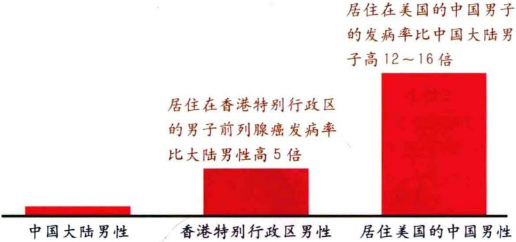


前列腺癌

第三节　前列腺癌的流行特点

地域特点

在我国，随着人口的老年化，饮食结构的改变，前列腺癌的发病有逐年增高的趋势。



不同地域中国男性前列腺癌发病比例

年龄特点

前列腺癌的发病率是随着年龄增长而增高的。小于50岁的病人不足临床前列腺癌的1%，75%以上病人的年龄在60～80岁。我国前列腺潜伏癌在70岁以上人群高达25%。

第四节 前列腺癌的主要病因和危险因素



高脂肪饮食

高脂肪饮食是前列腺癌的危险因素，高脂肪饮食，特别是动物脂肪使前列腺癌的发病率及病死率均明显增高。



遗传因素

前列腺癌的遗传因素不可忽视，与遗传因素有关的前列腺癌多在60岁以前发病，并且有家族发病的特点。



相关疾病

前列腺淋病、病毒及衣原体感染、前列腺增生及激素的影响可能与发病有关。



其他因素

性活动强度、输精管结扎、职业、维生素A、维生素D、维生素E的关系，至今无明确的结论。

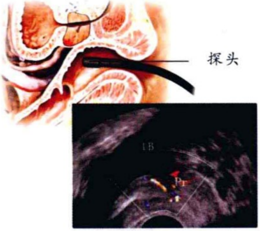
第五节　早期诊断检查



直肠指诊

直肠指诊

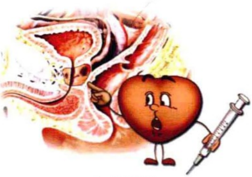
医师戴手套或指套经病人肛门检查其前列腺。这种方法简便易行，不需特殊仪器设备，但对前列腺癌的诊断、分期以及鉴别诊断有重要意义。



经直肠超声检查

直肠超声检查

此方法是诊断前列腺癌比较正确的常规方法。将可发出超声波的探头经肛门置入病人的直肠，通过超声波的反射检查前列腺的大小、形态和内部结构。可在直肠B超引导下行前列腺穿刺活检术。



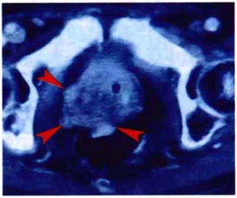
穿刺活检

前列腺活检

取前列腺组织进行病理诊断。穿刺活检有经手指引导和经B超引导两种，经直肠B超引导穿刺活检是近年来开展的新技术，准确率高。

CT 扫描和磁共振成像

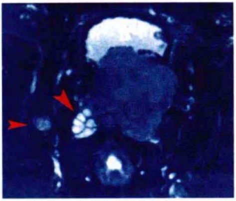
CT 扫描主要用于观察肿瘤范围及转移情况，但不能显示前列腺内的分区解剖，因此不能显示前列腺内的细小肿瘤。磁共振成像对前列腺各区能清晰分辨，可较好地显示前列腺癌各期的病变，因此对前列腺癌的诊断及鉴别诊断较 CT 扫描更有价值。



CT 扫描观察肿瘤范围

X 线检查

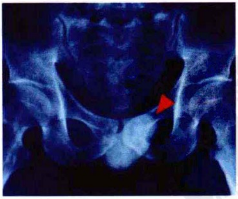
前列腺癌易发生骨转移，对可疑部位行 X 线检查可显示骨质破坏。静脉肾盂造影可显示增大的瘤体压迫和侵及尿道、输尿管引起的尿路梗阻及双侧肾功能情况。



磁共振成像可显示细小肿瘤

核素骨扫描

此检查比 X 线检查可早 3～6 个月发现骨转移灶，因此可作为诊断前列腺癌的常规方法。但在有退行性骨关节病、陈旧性骨折等情况时可出现假阳性，应注意鉴别。



X 线检查可显示骨质破坏情况

第六节　前列腺癌的治疗原则与预防要点

治疗原则

* 根治术：前列腺癌局限于腺体内可选择根治性前列腺切除术，但因手术创伤大，伴有一定的手术危险性，故根治术仅适用于年轻、身体状况好的病人。

* 放射治疗：近年由于放射治疗技术的发展，特别是三维适形放疗，提高了疗效，降低了治疗的不良反应。前列腺癌有局部外侵，通常选用放疗联合内分泌治疗或单纯内分泌治疗。对转移性前列腺癌以化学药物治疗或内分泌治疗为主，可辅以放疗或核素治疗。

* 内分泌治疗：内分泌治疗就是通过手术或药物减少或阻断雄性激素的分泌与作用，使依赖雄性激素生长的癌细胞死亡，来达到缓解和治疗前列腺癌的目的。内分泌疗法对绝大多数中、晚期前列腺癌病人均有良好的阶段性疗效，包括肿瘤迅速缩小、症状减轻，但肿瘤在两年后可出现复发，所以病人应定期复查。如有复发，应及时采取相应的治疗。

预防要点

* 定期检查：应定期做直肠前列腺指诊，必要时检测血清PSA及直肠B超检查，对前列腺癌的早诊早治，获得好的疗效，十分有益。

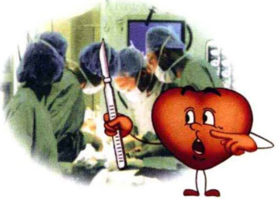
* 饮食习惯的改变：蔬菜、水果、谷类均有防癌、减少前列腺癌发病的作用。我国中老年前列腺癌患病率增加，除遗传因素外，与饮食、生活习惯的改变有密切关系，其中脂肪摄入量特别是动物脂肪不断增加，可能是重要原因之一。多食用蔬菜、水果、蛋白质、饮绿茶等，少食肉类，对预防前列腺癌大有益处。

第11章
得了癌症不可怕　选好方法最重要
——不同治疗方法的选择

得了癌症后的第一次治疗是最重要的，它对治疗效果的影响最大。常用的治疗癌症的方法有下列几种：

外科手术治疗

手术的方法可将肿瘤完全切除或大部分切除，或姑息性缓解症状，或作为综合治疗的一个组成部分。



手术治疗

放射治疗

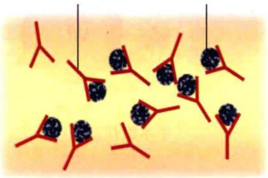
放射治疗简称放疗。对放射治疗敏感或比较敏感的恶性肿瘤和全身条件较好的病人，适合放射治疗。可分为根治性放射治疗、姑息性放射治疗和减轻症状的放射治疗。放疗可作为综合治疗的一部分。放射治疗分体外照射和腔内照射等不同方法。放射性核素（同位素）治疗也是利用其放射线。



放射治疗



化学药物治疗



生物治疗



中药扶正治疗

化学药物治疗

化学药物治疗简称化疗。化疗主要用于对化疗敏感的肿瘤，对某几种肿瘤能达到治愈的疗效。化疗多用于某些癌症中、晚期，也有如白血病、多发性骨髓瘤等以化疗为主要手段。化疗也包括内分泌治疗。

生物治疗

生物治疗是通过调动身体内固有的免疫抗病能力去抵御恶性肿瘤。细胞因子及其有关的免疫活性细胞是当今生物疗法中比较有前途的生物治疗手段之一。

中医中药治疗

用中医中药治疗来提高人体的免疫能力，减轻放疗和化疗的不良反应，保证治疗的顺利完成和在康复中对身体的调理。中西医结合治疗，尤其对中、晚期病人，能提高疗效，改进生活质量。

其他治疗方法



其他治疗方法包括：介入治疗、消融治疗、电化学治疗、激光治疗、微波热疗等。临床上都有其不同的适应条件。要根据病人的具体状况，选择不同的治疗方法，以获得较好的治疗效果。

综合治疗



综合治疗的含义是“根据病人的身体情况、肿瘤的病理类型、侵犯范围、病期早晚和发展趋向，有计划地、合理地应用现有治疗手段，以期较大幅度地提高治愈率和改善病人的生活质量”。



目前，癌症临床治疗已进入综合治疗的时代，医师们为了提高疗效，对某一个病人要有计划地安排多种有效的治疗手段，这样可以治愈更多病人。综合治疗方案需要多学科的医师充分讨论后定下来。

疼痛治疗

疼痛是癌症的症状之一，癌症病人的疼痛可以由疾病引起，也可以由心理或情绪的原因引起。有些病人的疼痛多为慢性的、持续的，部分晚期病人的疼痛是难以忍受的，须用止痛药物才能止痛。心理治疗和精神安慰可使部分病人的疼痛有所减轻。

临床疼痛分级
（根据疼痛的轻重程度分成五级）

疼痛程度	疼痛临床表现
无　　痛	无
轻度疼痛	轻微疼痛，有不适感，无不安
中度疼痛	疼痛明显，但尚能忍受，无不安
疼痛较重	疼痛较重，有不安，体位自如，要求服药
剧烈疼痛	疼痛难忍，烦躁不安，被动体位，需要用强止痛剂才能缓解

给疼痛的癌症病人用止痛药时，是遵循“按时间”用药，而不是“必要时”才给，即下一剂量应在前一剂量的药效消失之前给予，这样就可以连续不断地解除疼痛。实践证明，癌症病人对长期使用麻醉性镇痛药产生成瘾的比例极小（约1/500），因为癌症病人使用它是为了缓解疼痛，提高生存质量，而不是为了满足欣快感。

第12章
防范未然早下手——防癌要点

癌症是可防可治的疾病。20世纪60年代以来，我国对一些癌症高发区，进行了综合预防癌症的研究。在预防研究的人群内，癌症的发病率和病死率均有明显的下降。

我国开展综合预防癌症的部分高发地区

* 河南省林州市的食管癌。
* 江苏省启东市和广西扶绥县的肝癌。
* 云南省锡业公司和宣威县的肺癌。
* 江西省靖安县的子宫颈癌。

定期体检、尽快确诊

癌症需要早发现、早治疗，因为早期癌症容易治愈。在有医疗条件的地方，提倡开展健康体格检查，一般每年1次。中老年人要积极参加。

如果有癌症初筛普查，符合普查的人们都应积极参加。



定期体检、早发现、早治疗

当发现有癌症可疑症状时，要找正规的县级或县级以上的医院进一步地检查、诊断，接受正规的治疗。最好到肿瘤医院或专科去诊断和治疗，因为他们具有丰富的治癌经验和诊治癌症必需的设备。



专科诊断、正规治疗

做好自我检查，发现早期危险信号

最早期的癌症可能没有明显症状，早期癌症的症状可以与常见疾病的症状相似。定期自我检查，可以发现癌症发出的一些早期危险信号。（详见第1章第六节）

改变不良生活方式

提倡培养乐观的精神情绪，遇到忧愁的事要善于自我安慰和解脱。要注意合理的营养，经常锻炼身体，戒掉不良嗜好，以维护和提高免疫能力。

* 戒除吸烟的习惯：吸烟时烟雾中含有的多种致癌物质和促癌物质被吸入体内，如苯并芘、二甲基亚硝胺、放射性元素钋、酚类化合物等。其他有害物质还有尼古丁、一氧化碳和烟焦油等。吸烟使附近的人受到被动吸烟之害。为了防癌，不论您吸烟已有多少年，不论您年龄多大，不论您是否患了肺癌，都要坚决不吸烟。医务人员、学校的教师、文艺体育工作者、新闻工作者、各级行政领导干

部应该带头不吸烟，做广大群众的榜样。卫生部门、教育部门、新闻机构和群众团体要开展吸烟有害的宣传教育。采取措施在所有公共场所禁止吸烟。



请您立即下决心戒烟

＊戒除嗜酒的习惯：各种酒类可能含有少量杂质和致癌物质。单就酒精而言，它能促进食物中致癌物的吸收，降低人体的免疫能力，损害肝的解毒功能。如果既吸烟又饮酒，在烟酒的协同作用下发生癌症的机会会大大增加。



常饮酒可导致某些癌症的发生

科学饮食

＊注意营养平衡：营养平衡的饮食能提高人机体的免疫功能。蔬菜和水果，荤菜与蔬菜、粗粮与细粮多品种合理搭配。贫困地区要适当补充蛋白质和脂肪，在大中城市、乡镇和牧区要少吃高脂肪、高蛋白的饮食，多吃新鲜蔬菜、水果、粗粮、杂粮、豆类和豆制品。



合理的饮食热量分配

＊改进不良的饮食习惯：不吃有真菌毒素的发霉变质的粮食和其他食品。



烟熏、火烤、油炸的食品中含有苯并芘等致癌化学物质，因此应不吃或少吃。



不吃或少吃有致癌的亚硝胺类物质的腌制荤菜或蔬菜，尽量少吃用盐腌制的食品。

食物的防癌作用

科学研究证明，一些食物成分具有预防癌症发生和抑制癌症生长的作用。防癌食物在人体摄入较少量的致癌物，身体健康水平比较好时才能发挥明显的防癌作用。有防癌作用的食物可分成五类。

* 维生素

维生素A能维持细胞膜完整性，维持上皮组织正常代谢，阻断细胞癌变过程，能加速细胞核DNA修复，对基因表达具有调控作用。



多吃富含维生素A和胡萝卜素、维生素C、维生素E、核黄素、β胡萝卜素等的食品，可以阻断亚硝基化合物在胃内的合成。

此外，维生素D、B族维生素、叶酸也有一定防癌作用。

维生素类的防癌作用

* 微量元素：主要是硒、碘、锌等。进食维生素和微量元素有正确的剂量，不可超量。



＊新鲜的粮食、蔬菜和水果：玉米，白薯，南瓜，麦麸，糙米，全麦，胡萝卜、葱、洋葱、蒜、圆白菜、大白菜、白萝卜、芜菁、花椰菜、包心菜、蘑菇、芦笋、西红柿、苦瓜、茄子和其他绿色蔬菜等。



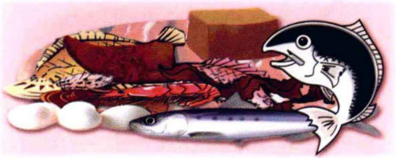
橘子、苹果、葡萄、香蕉、梨、大枣、山楂、猕猴桃等含丰富的维生素C、微量元素、纤维素等。在樱桃、鲜桃、黄杏、草莓、紫皮葡萄、倭瓜和西瓜中含有番茄红素，但在西红柿中的含量最大。



茶叶，尤其是绿茶有明显的防癌、抗癌作用。



* 豆类、奶类及其制品：大豆、豌豆、扁豆、绿豆和刀豆，都含有防癌、抗癌物质，日常吃的豆类和豆制品、奶类及奶制品均有防癌作用。



* 荤菜和海产品：动物内脏，尤其肝肾，含有维生素 A。各种海产品中，尤其海带、紫菜、海鱼、蛤蜊等贝类含有丰富的元素硒、碘、钙等，因此有一定防癌作用。

农村防癌要点



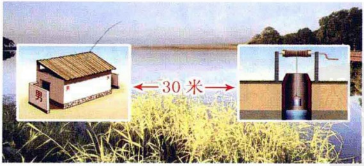
* 修建合格的晒场：收获时快收、快干、快藏；控制粮食水分在 10% 以下。在收割粮食、打场、晾晒、贮藏粮食时，要防止粮食发霉。



＊修建合格的粮仓：贮藏的粮食须通风、防热、防潮、防霉。管粮的重点为玉米与花生及其制品。



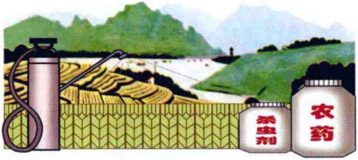
＊改善饮水环境，改进水质：农村地区提倡不饮用池塘水，宜采用地下水做饮用水源，兴办小型自来水厂，以便统一控制水质。结合农村卫生基本建设，逐步改造饮水设备，改善饮水质量，修建自来水厂。



＊保护饮用水源的清洁卫生：饮水井周围30米内不要有牲口圈、厕所、积肥粪堆，防止在下雨天和平时污水渗入或流入饮水井、河塘内。存放饮用水的水缸要勤洗刷，常吃新鲜水。



＊合理使用化肥：提倡农田合理施肥和配方施肥，不要过多使用硝酸盐化肥，防止过多的化肥随雨水流入饮用的河水，引起饮水的污染影响健康。



＊慎用杀虫剂，限制有机氯农药的应用：在喷洒杀虫剂、除草剂等农药时，一要尽量减少吸入和接触皮肤；二要注意喷洒时间及药剂的浓度和用量，防止带着有毒性农药的蔬菜、水果给人们吃，危害居民健康。



＊炉灶要有烟囱：厨房和卧室要隔开，防止煮饭和取暖生火产生的烟雾污染室内空气。



* 少吃腌制食物：改变腌制酸菜、咸菜、咸肉、咸鱼的习惯，提倡吃新鲜食物。



* 改变生活习惯：注意个人卫生，改变吸烟酗酒的恶习。

城市防癌要点



* 严格把关：人民政府、工矿企业、建设项目应当把防止大气污染纳入生产建设和技术改造计划，加强监督管理。大气污染的防治设施和规章制度经验收合格，建设项目方能投产或使用。



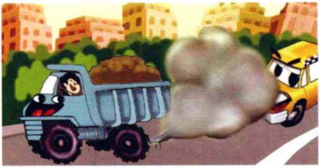
* 改造锅炉设备：推广低污染燃烧技术，逐步限制散煤燃烧。已投入生产的含有有毒物质的废气和粉尘的建设项目，应当进行净化处理。



* 集中焚烧：在人口集中地区焚烧沥青、油毡、橡胶、塑料、皮革以及其他产生有毒有害气体的物质，需经当地环境保护部门批准，并设置焚烧炉集中焚烧。熔化沥青时，应当采用密闭固定熔化装置方式。



* 保持室内通风：减少直接用煤炭作燃料产生的烟雾污染室内外空气，经常保持室内通风，避免室内空气被污染，减少厨房内空气被煤烟及油烟污染。



＊控制汽车尾气：公路上机动车排放的尾气要符合政府规定的标准，减少尾气中所含的有毒的、致癌物质。



＊管好饮用水：供应的自来水要符合国家规定的标准，高楼顶上的贮水箱要有专人管理，定期消毒，保证贮水不被污染，需要时进行再消毒。



＊加强食品卫生管理：在超市及农贸市场购买食品时注意食品保质期，不买过保质期的、变质的、污染的、不卫生的食品。商店不出售超过保质期的食品。



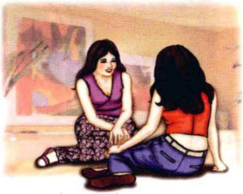
＊保持居民区空气新鲜：居民区周围搞好绿化，防止燃烧垃圾、草木、沥青等污染空气。

第13章
癌症的康复原则

保持心情开朗，尽量保持情绪稳定，不为小事发怒。多吃清淡、易消化而有营养的食品。如病人有不适或痛苦，应与医护人员取得联系，对症治疗，尽量不让病人忍受疼痛。

培养开朗乐观的性格

乐观的情绪，开朗的心情有利于保护病人的免疫能力，提高个人的免疫功能。要调整心态，继续原来的生活。不为小事发怒，保持情绪稳定。



营造和睦环境

家庭成员和周围的人对治疗后的病人要多和他们谈话。多方面关心爱护，多陪伴与帮扶。与病人共同营造一个精神愉快、家庭和睦融洽的良好环境。



尊重和爱护年老病人

处处帮助老人和有病体弱者。关心他们的身体情况和心理状态，不能让他们感到孤独、寂寞，相反，要让他们感到家庭的温暖和社会的关怀。





要树立和疾病顽强斗争的决心

为了治病，自己要面对现实，坦然处之。与家庭成员、亲戚朋友、同事间的往来，应该同患病前相仿。



做好饮食调理

治疗后重要的问题是饮食的调理，从流质饮食逐渐过渡到半流质饮食，逐渐过渡到软质饭或普通饮食。烹调要精细一点，每天少吃多餐。



食物要适合病人口味

恢复期内准备清淡、易消化而有营养的食品。可适当多吃新鲜蔬菜、水果、豆制品、奶类、优质蛋白（如鱼类、海鲜）等。不要吸烟饮酒，可饮茶。

定期复查

在治疗中或治疗后，病人仍应定期去医院复查。如果发现什么异常，与医师保持联系，根据病情做一些补充治疗。



体能锻炼

病人在健康条件许可的情况下，要适当地参加一些健身活动，坚持术后恢复锻炼。注意日常起居，预防感冒、感染。



积极参与社交活动

重视心理康复与体能康复，适当参加社交活动。有利于体力和脑力的恢复。在健康状况允许下，根据体力情况适当参加一些活动或劳动。参加一些工作、学习和文艺活动。

